

Année 1927

THÈSE

N°

539

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HOANG THUY BA

Né le 31 Octobre 1902, à Phu-Tu-Son (Bac-Ninh).

Contribution à l'étude des Endométrïomes recto-vaginaux

Travail de la Clinique Gynécologique du Prof. J.-L. FAURE

Président: M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC
EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HOANG THUY BA

Né le 31 Octobre 1902, à Phu-Tu-Son (Bac-Ninh).

Contribution à l'étude des Endométriomes recto-vaginaux

Travail de la Clinique Gynécologique du Prof. J.-L. FAURE

Président: M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBECOURT
	H. CLAUDE
	JEANSELME
	GUILLAIN
	TEISSIER
	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
	TERRIEN
	LEGUEU
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
	J.-L. FAURE
	OMBREDANNE
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	DUVAL
	SERGENT
	BRANCA
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeur sans chaire	



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CLERC	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DEBRE	Hygiène.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	I. DE JONG	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	DOGNON	Physique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DONZELO	Pathologie médical.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BRULE	Pathologie médicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	FISSINGER	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CHAMPY	Histologie.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.

MM.

HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
ZEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
VILLARET....	Clinique médicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY.....

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT.....

Education physique.

LEDOUX-LEBARD.....

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS - PARENTS

A MES PARENTS

En hommage de ma filiale reconnaissance.

A MA BELLE-MERE

ET

A MON BEAU - PERE

LE DOCTEUR LÊ VAN CHINH

Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de ma vénération et de
ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MA FEMME

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique

de la Faculté de Médecine de Paris

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

*Chef des Travaux Gynécologiques
à l'Hôpital Broca*

Qui a bien voulu nous confier de précieux
documents pour notre thèse. En hom-
mage de notre vive gratitude.

ET

MONSIEUR LE DOCTEUR BULLIARD

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Broca

Qui nous a guidés dans l'élaboration de ce
modeste travail. En témoignage de
notre profonde et respectueuse recon-
naissance.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR HENRY COPPIN

*Ancien Professeur de Clinique Médicale
de l'Ecole de Médecine de l'Indochine*

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE L'INDOCHINE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE ROY DES BARRES

*Professeur de Clinique Obstétricale
Directeur de l'Institut Curie*

MONSIEUR LE DOCTEUR DEGORCE

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Directeur de l'Ecole de Médecine*

MONSIEUR LE DOCTEUR CASAUX

*Professeur de Clinique Ophtalmologique
Directeur de l'Institut Ophtalmologique*

MONSIEUR LE DOCTEUR DE RAYMOND

*Professeur de Clinique
des maladies cutanées et vénériennes
Directeur local de la Santé au Tonkin*

MONSIEUR LE DOCTEUR POLIDORI

Professeur de Clinique Infantile

Qui ont bien voulu nous donner la base
de notre instruction médicale. En
hommage de notre respectueuse
gratitude,

INTRODUCTION

A l'occasion de deux cas de tumeurs vaginales, dites endométriomes, observés à la clinique gynécologique, dans le service de M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE, il nous a paru intéressant de faire une étude de l'état actuel de la question. Nous avons été d'ailleurs précédés dans cette voie par M. le Docteur DEROCQUE, qui, travaillant dans le même service, a publié, en 1926, une revue générale sur les endométriomes vaginaux et paravaginaux, à laquelle nous avons fait de larges emprunts.

L'un des cas que nous rapportons ici, a été déjà mentionné par DEROCQUE ; ayant eu la pièce à notre disposition, nous avons pu en compléter l'examen anatomo-pathologique. L'autre est complètement inédit.

Le rapprochement de ces cas avec ceux déjà publiés, permettra sans doute de préciser encore les caractères de ces intéressantes tumeurs.

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur DOUAY, la partie clinique, et à M. le Docteur BULLIARD, la partie anatomo-pathologique de ces deux observations. Qu'ils nous permettent ici de leur présenter l'expression de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

Les travaux sur l'endométriome se multiplient depuis quelques années, et cet intérêt croissant tient autant à la variété de sa localisation qu'à la difficulté d'en donner une explication satisfaisante.

Cette affection était peu connue avant ROKITANSKY, et von RECKLINGHAUSEN, dont les travaux sur les adénomyomes de l'utérus et des trompes remontent à 1893 et 1896. Von R. divisait ces tumeurs en deux grandes classes ; les unes, centrales, les plus rares, dérivant de la muqueuse utérine, les autres, périphériques, plus fréquentes, dérivant des canalicules du corps de WOLFF. Nous verrons plus loin que l'origine wolffienne de ces tumeurs peut être difficilement soutenue.

Les observateurs qui suivirent RECKLINGHAUSEN, prirent pour tâche de fixer les caractères fondamentaux de ces tumeurs, qui sont caractérisées par leur ressemblance nette avec le tissu propre de la muqueuse utérine. On y rencontre en effet ses deux éléments constitutants : glandes et tissu conjonctif spécial, riche en cellules, d'où le nom d'endométriome donné à ces tumeurs. Accessoirement, s'ajoutent des fibres musculaires, d'où l'appella-

tion d'adénomyome, qui fut une des premières employées.

La localisation recto-vaginale, malgré sa fréquence, n'a été étudiée que tardivement.

BREUS, en 1894 rapporte deux observations de myomes kystiques : l'un, dans le ligament large, contenait des kystes volumineux, remplis de liquide brunâtre, plus ou moins épais suivant les kystes ; l'autre, adhérent à la face postérieure de l'utérus, communiquait directement avec la cavité utérine par un orifice en forme de cheminée, qui débouchait au niveau de l'orifice interne du col.

PFANNENSTIEL (1897), rapporte une observation d'adénomyome multiple, inguinal et recto-vaginal.

La malade de Von HERFF-ITO, (1897), présentait deux tumeurs polypeuses du vagin, qui étaient des adéno-myofibromes.

Le cas d'HARTZ (1899) était un cystadénome du Douglas et de la paroi abdominale postérieure.

Dans l'observation de GOSSMANN (1899), il n'y eut qu'une biopsie, qui révéla un adénomyome typique.

PICK (1899) rapporte deux observations d'adénomyomes qualifiés de mésonéphrotiques ; la description correspond à celles de glandes utérines ramifiées, en continuité avec l'épithélium vaginal et entouré de tissu cytogène.

La pièce enlevée par KRÖNIG (1902), était un polykystome de la face postérieure de l'utérus.

SCHICKELE (1902, 1912, 1917) a rapporté plusieurs observations intéressantes et très suggestives. L'une concerne une malade, opérée 2 ans auparavant d'une tumeur vaginale, qui avait récidivé depuis quelque temps. C'était

un adéno-fibro-myome, qui était tellement adhérent au rectum qu'on dut réséquer partiellement la paroi rectale antérieure.

Une autre présentait au voisinage de l'épine sciatique une masse diffuse de tissu cicatriciel (adénomyome paravaginal), qui récidiva un an après l'intervention. A noter que les éléments épithéliaux étaient éloignés de l'utérus, des trompes et de la séreuse. La deuxième opération consista en une ablation bilatérale des annexes, et depuis la malade resta guérie.

Une troisième observation (SCHICKELÉ et GULEKE. 1917) concerne une malade de 25 ans, qui fut d'abord opérée de salpingite interstitielle chronique et d'ovarite suppurée gauche ; peu après, se développa un adénomyome inflammatoire du péritoine pelvien. L'intervention laborieuse, faite par voie coccy-périnéale, ne put enlever qu'incomplètement la tumeur. La roentgenthérapie fut ensuite appliquée pour obtenir la castration artificielle et la régression du nodule restant. Les règles, moins abondantes, ne furent plus douloureuses, et la tumeur, du volume d'une noix, régressa jusqu'à la grosseur d'une noisette.

Dans l'observation de HEINE S., la tumeur, un adénomyome, partait du col et se prolongeait dans la paroi vaginale postérieure. Des coupes sériées ont montré que les tubes glandulaires présentaient de nombreuses communications avec la cavité péritonéale. Le péritoine, devenu cubique, pénétrait à l'intérieur de la tumeur ; de même, la muqueuse vaginale communiquait avec l'adénome et présentait des traces d'hémorragie.

FUTH (1903), a publié trois observations d'adénomyome. Dans la première, une masse molle, légèrement saignante, ulcérée, remplissait le cul-de-sac postérieur. A cause des adhérences à l'utérus et au rectum, on ne put l'enlever en totalité. L'examen montra qu'il s'agissait d'un adénomyome, avec plaques pigmentaires. Les ovaires, dans les points en connexion avec la tumeur, montraient également un tissu d'aspect utérin, pénétrant dans le stroma ovarien.

Chez la deuxième malade, la paroi rectale était largement envahie, il y avait striction urétérale. L'ablation ne fut que partielle. Les fragments, laissés en place, avaient disparu 9 ans plus tard.

Dans la troisième observation (adénomyosite), il n'y avait, à l'intérieur d'une masse conjonctivo-musculaire, enflammée et siège d'hémorragies, qu'un petit conduit glandulaire, indépendant de la muqueuse vaginale, et tapissé d'un épithélium simple.

L'observation de ROSTHORN (1904), est relative à un adénomyome recto-vaginal, très adhérent au rectum. La tumeur avait une structure caverneuse, avec kystes hémorragiques, et était sans connexions avec la muqueuse cervicale.

KLEINHANS (1904), relate l'observation d'une malade qui présentait au niveau de la paroi vaginale postérieure une néoformation lobulée, non ulcérée, avec quelques excroissances papillaires de quelques $\frac{m}{m}$ de hauteur. L'épithélium pavimenteux stratifié du vagin envoyait de profondes invaginations, tapissées d'un épithélium cylindrique simple, en face de la tumeur.

KLEINHANS et VON FRANQUÉ, dans une deuxième observation, en plus d'un fibrome utérin, furent en présence d'une tumeur adhérente au rectum, d'aspect carcinomateux. Au microscope, il s'agissait d'un adénomyome typique.

La malade de MORALLER (1907), présentait un fibromyome intraligamentaire, et une tumeur adhérente au col et au rectum avec excroissances vaginales papilliformes. Le diagnostic, fait par biopsie, était celui d'adénomyome malin, kystique. Cependant la tumeur, extirpée incomplètement, disparut entièrement par la suite. Les kystes, revêtus d'épithélium cylindrique, étaient indépendants des investigations glanduliformes de l'épithélium vaginal.

Dans l'observation de Max SCHWAB (1908), il existait des adénomyomes multiples de l'utérus, en dégénérescence carcinomateuse. Le plus volumineux était situé en arrière du col et remplissait le cul-de-sac de Douglas.

STEVENS (1909), a rapporté six cas d'endométriomes :

I. — Deux tumeurs vaginales, une antérieure, une postérieure ;

2. — Forme nodulaire, sur la paroi vaginale postérieure ;

3. — Tumeur nodulaire, adhérente, au niveau de la portion sus-vaginale du col, face postérieure ;

4. — Nodule adhérent à la face postérieure du col ;

5. — Adénomyome diffus, siégeant derrière le col. Kyste vaginal d'origine gartnerienne ;

6. — Tumeur à l'union de la face postérieure du col et du vagin.

Six autres cas ont été publiés par R. MEYER (1909) :

1. — Adénomyome du vagin, qui guérit malgré ablation incomplète ;

2. — Adénomyome utérin avec métrite.

3. — Adénomyome co-existant avec un cancer du col ;

4, 5, 6. — Nodules vaginaux douloureux. Dans l'un des cas, il y avait hypertrophie de l'épithélium à la face postérieure de l'utérus avec métaplasie cylindrique.

La première observation de SITZENFREY (1909) est intéressante en ce qu'elle permet d'observer le point de départ de la tumeur. Il s'agit d'une femme de 54 ans, qui avait dans le cul-de-sac postérieur une nodosité grosse comme un œuf, adhérente à la portion sus-vaginale du col et au rectum.

La coupe montrait un tissu musculaire lisse, dense, avec des lumières glandulaires, tapissées par un épithélium cylindrique simple non cilié et entouré de tissu cytogène. Myomes interstitiels multiples.

Le péritoine présentait en quelques endroits des évaginations recouvertes d'un épithélium cylindrique simple, en continuité avec l'épithélium séreux.

Quelques tubes glandulaires, avec des formations valvulaires, pouvaient faire penser à des lymphatiques modifiés.

La muqueuse du corps présentait une hyperplasie glandulaire kystique, avec pénétration des glandes dans le muscle ; les ovaires renfermaient des tubes et kystes glandulaires, en continuité avec l'utérus gauche.

La deuxième observation de SITZENFREY, concerne une femme, dont la paroi antérieure de l'utérus supportait un

myome de la taille d'une grosse orange. Le tiers supérieur de la paroi postérieure du corps et surtout la face postérieure du col présentaient des saillies kystiques, de la grosseur d'un haricot, à contenu épais, brun. L'intérieur de ces formations kystiques était tapissé d'un épithélium cylindrique simple, présentant par endroits, un plateau strié. Le tissu cytogène était plus abondant autour des tubes qu'autour des kystes.

Adénomyome typique dans le ligament ovarien gauche et des éléments endométriaux dans le mésosalpinx.

Dans une autre observation du même auteur, la tumeur resto-vaginale adhérait étroitement au rectum. Malgré l'ablation incomplète, il y eut guérison, sans récurrence.

Le tissu cytogène donnait par place l'impression d'un tissu de granulation franchement inflammatoire. Nombreux vaisseaux thrombosés et hémorragies périglandulaires ; le contenu des glandes et des kystes était pigmenté.

La séreuse du Douglas envoyait dans la profondeur des invaginations sinueuses, d'où l'origine séreuse d'une partie de la tumeur.

La quatrième de SITZENFREY, est aussi importante au point de vue anatomo-pathologique. Elle se rapporte à une malade atteinte de salpingite double, qui présentait une adhérence du rectum à la paroi vaginale postérieure et de petits kystes vaginaux du volume d'une lentille.

Sur la coupe microscopique, à côté de tubes glandulaires dérivés de l'épithélium péritonéal, existaient d'autres tubes développés aux dépens de l'épithélium vaginal,

avec lequel la continuité a été vérifié. Une fois constitués, malgré leur origine différente, les deux sortes de tubes avaient le même aspect.

Deux cas d'adénomyomes recto-vaginaux, avec adhérence au rectum, ont été rapportées par FUNKE et TILP (1910).

Dans une de ses observations, FREUND (1910), a fait une constatation d'un grand intérêt. Chez une femme morte d'infection puerpérale, il a trouvé un petit kyste vaginal. Les parois, tapissées d'un épithélium cylindrique, avaient subi la transformation déciduale caractéristique de la grossesse.

En 1921, FREUND, a publié 4 cas d'adénomyosite recto-vaginale, dont les descriptions, à quelques détails près, se rapprochent du schéma habituel : adhérence au rectum, troubles fonctionnels, compression ayant fait, dans un cas, penser à un cancer du rectum.

La tumeur rétro-utérine, enlevée par BAZY (1912), avait une consistance spongieuse, d'aspect placentaire. Elle était distante de la muqueuse utérine de 6 m/m. L'élément glandulaire prédominait sur l'élément conjonctif.

La tumeur de NADAL (1911), siégeait sur la paroi vaginale postérieure, plus près de la vulve que de l'utérus ; elle était indépendante du col. Les masses musculaires étaient séparées par du tissu myxoïde. Elles renfermaient dans leur centre du tissu utérin.

Au lieu d'élection et adhérente au rectum, se trouvait la tumeur enlevée par RENISCH (1912), prise pour une

tumeur maligne. Il s'agissait d'un endométriome typique, avec cavités épithéliales dérivant de la séreuse.

WALTHARD (1912), a observé dans le paramètre un diverticule glandulaire, qui excréta du sang dans le vagin, par un orifice punctiforme. Extirpation. Guérison.

Dans les deux observations de WOLFF (1913), il s'agit de tumeurs glandulaires adhérentes au col et au rectum. L'une ne put être enlevée qu'incomplètement.

Dans sa thèse de Strasbourg, STEMMELEN (1913), relate l'observation d'une malade chez qui se développa lentement, un, puis plusieurs kystes de la paroi vaginale postérieure. L'examen conclut à un adénomyome. Malgré l'ablation incomplète, six mois après, il n'y avait pas de récurrence.

Dans le cul-de-sac vaginal postérieur de la malade de ROSEINTEIN (1913), il y avait une tumeur grosse comme une noix dure, bosselée, avec deux petits polypes saignants. A la coupe, nombreuses cavités glandulaires, paraissant développées aux dépens du canal de WOLFF.

Chez une autre malade enceinte de 3 mois, ROSEINTEIN trouva en arrière et à gauche de l'utérus, une tumeur grosse comme une petite prune. Elle renfermait de nombreuses cavités, recouvertes les unes d'endothélium, les autres d'épithélium cubique, et entourées d'un *stroma décidual*.

LOCKYER (1913), observa un adénomyome à type d'endométriome, siégeant dans le cul-de-sac postérieur et reconnaissable aux rides et aux varicosités bleuâtres du

vagin. L'origine probable doit être recherchée dans les vestiges du canal de Wolff.

Une autre observation du même auteur ne fut suivie ni d'observation, ni d'examen anatomo-pathologique.

WILSON opéra un adénomyome recto-vaginal chez une femme de 42 ans, mère de 12 enfants. La tumeur présentait des formations papillaires et des kystes bleus. Hystérectomie. Guérison constatée 9 ans après.

Une autre observation de WILSON concerne un adénomyome infiltrant le ligament utéro-sacré gauche et attirant le rectum. Ablation simple. Guérison.

Dans un troisième cas de WILSON il y avait deux nodules adénomyomateux, contenant de petits kystes adhérents au vagin, et un fibrome sous-muqueux.

Le premier adénomyome de CLIFFORD WHITE (1913), siégeait au-dessous de la lèvre postérieure du col. Il y avait infiltration noduleuse du rectum jusqu'à la paroi pelvienne. La biopsie ne fut pas suivie d'intervention.

Une deuxième observation analogue, ne fut pas non plus suivie d'opération, et la tumeur continua de s'accroître.

La malade, observée par BORTKIEWITSCH (1913), portait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une petite tumeur composée de deux fragments. L'un kystique, renfermait un contenu jaune-verdâtre, et était entouré de tissu dur, blanchâtre à la coupe. Le kyste était tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié, comme l'épithélium vaginal. Celui-ci présentait des signes d'inflammation chronique (infiltration micro-cellulaire).

Le deuxième fragment avait une surface grise, rugueu-

se, granuleuse. Des faisceaux musculaires s'entrelaçaient dans son épaisseur et entouraient des cavités glandulaires tapissées d'un épithélium cylindrique bas. Des cellules rondes infiltraient le pourtour de ces cavités. En plus de l'inflammation chronique, il existait des hémorragies interstitielles et du pigment. Il n'y avait pas de connexion entre les glandes et l'épithélium vaginal.

L'adénomyome recto-vaginal, décrit par BALASSANIAN (1913) était très adhérent au rectum ; l'extirpation complète fut impossible. On y retrouve les éléments caractéristiques de ces tumeurs ; mais, en outre, sur une coupe intéressant la séreuse, on voit que l'endothélium, devenu cubique, envoie des prolongements profondément dans la sous-séreuse. Les canaux glandulaires et les kystes sont les plus nombreux là où la séreuse est la plus inégale et envoie le plus de prolongements.

L'utérus renferme des myomes interstitiels.

Le cas de RASPINI (1913), typique, avait été pris pour un cancer et était sans doute d'origine inflammatoire (pelvi-péritonite chronique).

La première observation de CULLEN (1914), se rapporte à une malade qui présentait plusieurs petits polypes rectaux, de nombreux petits fibromes sous-séreux, et deux myomes entre vagin et rectum. Le plus gros renfermait, dans une fente, des îlots de muqueuse utérine, et, dans un autre point, une cavité utérine en miniature.

Le plus petit nodule contenait aussi un ou deux espaces d'aspect glandulaire.

Les polypes rectaux étaient très enflammés, parsemés de cellules rondes et de leucocytes polynucléaires,

— Observation 2, de CULLEN. — Chez une malade, une hystérectomie subtotala avait été faite pour myomes adhérents au rectum. Il existait une masse kystique emplissant le ligament large, et contenant un liquide chocolat.

Le kyste est bordé par une assise de cellules cylindriques, reposant sur un stroma de cellules à noyaux ovales. Des cavités glandulaires sont disséminées dans le tissu musculaire qui forme la partie solide de la tumeur.

CULLEN. Obs. 3. — La tumeur recto-vaginale (adénomyome), née du col ou à son voisinage immédiat, avait envahi secondairement le rectum. Elle en respectait la muqueuse, mais en rétrécissait considérablement la lumière.

Les adhérences du col au rectum étaient réalisées par un tissu ferme comme du cartilage, ce qui rendit l'opération difficile. Mort 7 heures après l'intervention.

Obs. 4. — Adénomyome recto-vaginal, dont le début avait été observé 3 ans auparavant. Les 2/3 de la tumeur avaient d'abord pu être enlevés par voie vaginale ; la partie restante ayant envahi le ligament large droit, nécessita l'hystérectomie totale, sans ablation des annexes. Structure caractéristique, avec en plus, du tissu adipeux et une infiltration périphérique de cellules rondes.

Obs. 5. — Adénomyome recto-vaginal ayant nécessité plusieurs interventions successives ; d'abord, la séparation à deux reprises du rectum de l'utérus, puis l'hystérectomie, enfin l'ablation de la tumeur avec résection segmentaire du rectum. Structure typique. Epithélium hyperplasique. Les glandes ont envahi la paroi rectale, et

en certains points elle sont au contact direct des glandes rectales.

Obs. 6. — La muqueuse utérine présentait des formations polypeuses normalement abondantes et les glandes avaient une tendance marquée à envahir le muscle sous-jacent, (adénomyome au début). La cavité utérine était occupée par une tumeur polypeuse ayant pour origine la muqueuse utérine hyperplasiée. La tumeur recto-vaginale était un adénomyome avec traces d'hémorragie récente dans les cavités glandulaires. Le péritoine avait pris, à son niveau, une forme étoilée.

Obs. 7. — La tumeur comprimait les deux uretères qui se trouvaient dilatés, fortement, au-dessus du point de striction et très légèrement au-dessous. La malade présentait en outre un kyste de l'ovaire gauche, gros comme une orange, qui fut opéré en premier lieu. Puis, de petits polypes, mous friables, saignant facilement, fixés à la paroi postérieure du vagin furent opérés à trois reprises différentes. La tumeur elle-même ne fut enlevée que partiellement avec l'utérus, à cause de l'état précaire de la malade. Les uretères furent dégagés. Une zone du tissu malade de 2 cm. sur 3 cm. fut laissée sur la paroi rectale antérieure. Ce tissu diminua après trois applications de radium, pour augmenter par la suite.

Examen anatomo-pathologique : L'utérus renfermait deux petits myomes.

La tumeur, comme les polypes était composée d'îlots de muqueuse utérine, avec, par places, de petites cavités utérines en miniature. Plus on s'approche du rectum,

plus la muqueuse utérine était abondante. Tissu cytogène et muscle.

La muqueuse vaginale était également refoulée par la tumeur, et parfois même ulcérée en certains points, avec formation d'un tissu de granulation typique.

Obs. 8. — Femme opérée d'abord d'un myome pédiculé, puis d'un fibrome : hystérectomie avec conservation de l'ovaire droit. Malgré cette intervention, le flux menstruel revient régulièrement chaque mois, puis il s'ajoute un écoulement inter-menstruel ; sang rouge sombre avec mucus. L'écoulement a lieu tantôt par le rectum, tantôt par le vagin.

A cause de l'adhérence du col au rectum, on dut faire une résection complète de 12 cm. de ce dernier.

La pièce montra un petit myome encapsulé du col et dans le vagin une fente longue de 7 mm., par où s'échappait du sang pendant l'opération. La tumeur elle-même était un adénomyome diffus très dur. Les glandes, dispersées, s'étendaient jusqu'à la muqueuse rectale, et un îlot de muqueuse utérine s'ouvrait directement dans la cavité vaginale.

Obs. 9. — La malade présentait un double pyo-salpinx tuberculeux, un myome sous-séreux de l'utérus et un adénomyome du septum recto-vaginal, qui avait donné naissance à de petits polypes vaginaux, sessiles, mous et aplatis.

En raison de l'état précaire de la malade, l'opération ne fut pas pratiquée.

Obs. 10. — Adénomyome recto-vaginal, adhérent au rectum, avec un petit kyste bleu noir. Le kyste est limité

par un épithélium bas ; il contient du sang altéré et des cellules desquamées. La tumeur renferme des îlots de muqueuse utérine, disséminés dans un stroma musculaire. On y rencontre des traces d'hémorragies anciennes et un pigment jaune-brun dans quelques cellules épithéliales.

Obs. 11. — Petit adénomyome recto-cervical. Trois petits myomes du corps utérin. Structure habituelle avec quelques hémorragies interstitielles.

Obs. 12. — Dans la paroi vaginale, à droite du col, deux petits kystes, élastiques, bleuâtres de 5 mm. de diamètre. La muqueuse vaginale est plissée autour de chacun d'eux. Le contenu des kystes est sanglant. Ils sont entourés de tissu cytogène et de muscle.

Obs. 13. — Adénomyome du septum recto-vaginal, avec kyste lutéinique de l'ovaire droit. Adhérence recto-vaginale. Structure typique.

Obs. 14. — Tumeur volumineuse faisant corps avec l'utérus et portant en arrière un nodule très dur ; en outre une masse indurée, à gauche, dans le septum recto-vaginal. Adénomyome typique de la face postérieure du col et du corps, ayant envahi la surface de la trompe droite. Ilots de muqueuse utérine à la surface de l'ovaire droit.

Obs. 15. — Kystes des deux ovaires contenant du liquide chocolat. Petite masse adhérente entre col et rectum, d'aspect brun noir à la coupe. Adénomyome avec nombreuses traces d'hémorragie dans le stroma. Les glandes du type utérin sont parfois au contact direct du muscle.

Obs. 16. — Multiples petits myomes utérins. A la face postérieure du col, saillie dure de 1 cm. de diamètre, con-

tenant des zones chocolat. Adénomyome du septum, la plupart des glandes utérines étant au contact direct du muscle.

Obs. 17. — Adénomyomes du septum, saillant au niveau de la muqueuse vaginale sous forme de deux kystes bleuâtres de 2 mm. de diamètre. Lithiase biliaire. Pas d'intervention sur la tumeur.

Obs. 18. — Deux petits myomes du fond utérin. Kyste du corps jaune de l'ovaire gauche. Dans le ligament large droit, un nodule comprimant l'uretère, constitué en majeure partie, de tissu adipeux, pour le reste de tissu musculo-utérin. Adénomyome du septum recto-vaginal, adhérent au rectum, avec la structure caractéristique et quelques glandes dilatées.

Obs. 19. — A eu des hémorragies intestinales. Tumeur mamelonnée du cul-de-sac postérieur avec saillies kystiques bleu-noir. Adénomyome typique, avec 15 cm. au-dessus, une sténose du sigmoïde provoquée par une tumeur de même structure.

Obs. 20. — Corps utérin adhérent au rectum. Dans le ligament utéro-sacré gauche, nodule de 15 mm. de diamètre, d'adénomyome typique. Un autre cas d'adénomyome du ligament utéro-sacré, de la grosseur d'un pois, a été observé par W. RUSSEL (1919).

Dans l'observation de BROWN-MILLER (1919), on trouvait, en plus d'un petit polype du col, une tumeur nodulaire, dure, irrégulière, adhérente au col, au rectum, au ligament large, du volume d'une noix. Elle donnait naissance à de petits kystes bleuâtres, du volume d'une tête d'épingle, visibles dans le vagin. L'opération montra en

outre, un adénomyome secondaire du sigmoïde, gros comme un citron.

La malade de J. WILSON (1920), avait deux nodules, l'un dans le paramètre droit, l'autre dans le septum recto-vaginal. On crut d'abord à un adénocarcinome, puis le diagnostic fut rectifié pour celui d'adénomyome. Malgré l'ablation, il y eut récurrence sous forme d'une grosse masse pelvienne et l'état général devint mauvais.

Adénomyome recto-vaginal, adhérent au rectum, avec hémorragies, dans le cas de TECTER et ULLMAN (1920). Il y avait en outre un petit myome du fond. Structure typique.

JESSUP (1914) trouva chez sa première malade, une zone d'apparence carcinomateuse, embrassant la paroi vaginale postérieure, et envahissant en arrière le rectum. Les ovaires sont kystiques et la tumeur recto-vaginale est un adénomyome, dont les cavités sont tapissées par un épithélium cylindrique cilié.

Dans une deuxième observation, analogue à la précédente, les cavités glandulaires apparaissaient déjà à 2 mm. au-dessous de l'épithélium rectal. Elles étaient recouvertes d'un épithélium cylindrique cilié.

LEITCH (1914), a rapporté deux adénomyomes recto-vaginaux, dont l'un fut pris pour un cancer endo-cervical.

La malade de GRIFFITH (1914), était enceinte de six mois. Fibrome sessile. Masse recto-vaginale, mal limitée, de consistance molle et spongieuse, saignant après examen au spéculum. Au 7^e mois, la tumeur s'est accrue vers l'articulation sacro-iliaque droite et comprime le rectum.

Examen d'une biopsie. — Des cellules déciduales typi-

ques sont situées dans un tissu conjonctif et musculaire, et entourent une glande dilatée.

La radiumthérapie appliquée au centre de la tumeur fit régresser considérablement la masse cervico-rectale.

Dans la première observation de FRIES (1914), un adénomyome recto-vaginal adhérait fortement au rectum. Il y avait en même temps infiltration du ligament utéro-sacré droit.

Dans la deuxième observation, la paroi utérine postérieure portait une tumeur bosselée, irrégulière, perceptible aux touchers vaginal et rectal. Ligaments utéro-sacrés épaissis. Myome interstitiel. Adénomyome recto-vaginal, adhérent, et infiltrant la musculature rectale.

L'ablation fut difficile, le Douglas était comblé par des masses couenneuses. Six mois après, on constata une tumeur rectale de la grosseur d'une prune, qui fut soumise à la radio et radiumthérapie.

Chez la malade de WALD HANS (1914), l'adénomyome avait pris un grand développement, effaçant le col, faisant saillie dans le rectum et perceptible dans le bassin sous forme d'une tumeur médiane du volume d'une tête d'enfant, flanquée de deux tumeurs plus petites.

La malade n'avait jamais de menstruation, mais périodiquement des vomissements et des douleurs dans le bas-ventre.

Formations kystiques avec leucocytes et pigments sanguins. Glandes avec tissu cytogène.

Petits nodules observés une première fois sur la séreuse du Douglas, chez la première malade d'AMANN (1915). Neuf ans après, tumeur de la grosseur d'une noix, bosse-

lée, adhérente au col, au rectum et à la paroi pelvienne postérieure. Adénofibrome, semblable au cas de RENISCH.

Dans deux autres observations d'AMANN, le diagnostic fait par biopsie, ne fut pas suivi d'opération. L'origine aux dépens de l'endothélium séreux pouvait cependant être démontrée.

Sous le nom de paramérite et paravaginite postérieure avec hypertrophie épithéliale hétérotopique, Aug. MAYER (1915) décrit une tumeur, bosselée, s'étendant latéralement de façon diffuse dans les ligaments utéro-sacrés qui, épaissis et rigides, embrassent le rectum à la façon d'une tenaille et en rétrécissent la lumière. Il s'agit d'un adénomyome dans lequel on trouve toutes les transitions entre l'épithélium cubique et les cellules aplaties de l'endothélium séreux, que l'on voit s'enfoncer dans la profondeur, comme dans les cas de RENISCH et SITZENFREY. Le même phénomène existe aussi au niveau de l'endothélium tubaire. A la surface de l'ovaire se trouvent également des éléments endométriaux.

Après l'intervention (hystérectomie, avec conservation d'un fragment d'ovaire gauche et de quelques éléments de tumeur adjacente au rectum), il apparut au bout de 18 mois, des polypes vaginaux, puis peu après une tumeur kystique entre vagin et rectum. Les polypes sont de deux sortes, les uns avec un structure endométriale, les autres sont formés d'un tissu conjonctif presque anuclé, analogue à la gelée de WHARTON. Des cavités à épithélium cubique bas paraissent se continuer insensiblement avec l'endothélium de vaisseaux lymphatiques, comme si elles en dérivent.

Le diagnostic de l'adénomyome de KELLOG (1917), ne put être posé de façon ferme qu'après la lecture des travaux de CULLEN. L'utérus contenait en outre quelques petits fibromes.

La première malade d'HEINEBERG (1917), subit plusieurs interventions : d'abord une libération d'adhérences, puis plusieurs ablations de petits polypes de la paroi vaginale postérieure plus friables que les polypes muqueux de l'utérus et saignant au moindre contact. La lésion donnait l'impression d'une tumeur maligne. L'épithélium vaginal était ulcéré par places ; les glandes du type utérin, étaient abondantes dans la profondeur ; les grandes étaient entourées de tissu cytogène, les petites venaient au contact direct du tissu conjonctif.

Une deuxième malade d'HEINEBERG, présentait à côté d'un prolapsus utérin, un adénomyome recto-vaginal, avec polypes saillants dans le vagin (l'un d'eux était bleuâtre). Structure caractéristique.

La troisième malade portait un nodule gros comme un pois fixé à la partie postérieure de l'utérus et adhérent à la paroi vaginale. Il s'agissait de tissu utérin.

PETIT-DUTAILLIS (1920) a, dans la *Gynécologie*, rapporté l'observation d'une malade, opérée antérieurement d'un adénome du sein. Il s'agissait d'une tumeur siégeant dans le cul-de-sac postérieur immédiatement après le col et donnant l'impression d'une tumeur maligne. L'épithélium du vagin envoyait quelques bourgeons et canaux plus ramifiés, à la surface de la tumeur, composée elle-même de petites cavités arrondies, revêtues d'épithélium cylin-

drique. La tuméfaction diminua après une application de radium.

L'observation I de BECKER (1920), concerne une adénomyose de l'utérus et du rectum. Le contenu des kystes était aqueux ou gélatineux, et les glandes envahissaient la musculature du rectum, sans atteindre la sous-muqueuse.

L'observation II de BECKER est analogue. La constipation était très marquée.

Parmi les observations de SAMPSON (1921), un certain nombre (14), se rapporte à des adénomyomes recto-vaginaux.

Obs. 1. — Adénomyome siégeant sur la paroi utérine postérieure et ayant envahi probablement le rectum. Les ovaires étaient transformés en kystes de 4 à 6 cm. de diamètre.

Obs. 2. — Ovaires kystiques et adhérents. En les libérant il s'échappe un flot de liquide chocolat. Le kyste hémorragique de l'ovaire gauche a 3 cm. de diamètre. Formations endométriales sur la paroi postérieure de l'utérus et la partie supra-vaginale du col.

Obs. 3. — Kyste de l'ovaire droit de 2 cm. 5. En le libérant, il s'échappe du liquide chocolat. Il est tapissé d'un épithélium cubique et cylindrique, le tissu sous-épithélial est le siège d'hémorragies récentes et anciennes et de glandes analogues aux glandes utérines. Adénomyome de la paroi postérieure de l'utérus, uni au rectum.

Obs. 4. — Malade opérée pour appendicite. Kyste hémorragique perforant de l'ovaire (liquide chocolat à la libération de l'organe), à structure endométriale typi-

que Cinq mois après petite zone d'induration dans le Douglas, sans doute endométrrome.

Obs. 5. — Ovaire droit kystique, adhérent à la paroi pelvienne. Contenu chocolat qui s'échappe lors de l'intervention. (Endométrrome typique). 13 mois après petite zone d'induration dans le Douglas, qui nécessite une nouvelle intervention.

Obs. 6. — Induration du cul-de-sac postérieur faisant saillie dans le rectum. Endométrrome de la face postérieure de l'utérus sans connexion avec la cavité utérine. Ovaires kystiques et adhérents, d'où s'écoule un liquide chocolat pendant l'intervention. L'adénome pelvien, laissé en place, paraît avoir régressé un an après.

Obs. 7. — Malade opérée d'abord d'un endométrrome de l'ovaire droit au stade prémenstruel (ablation des annexes droites)) puis d'un adénomyome envahissant la partie cervicale postérieure, et à un degré moindre, le vagin, et la partie antérieure du rectum.

Obs. 8. — Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit. (Endométrrome) à contenu liquide chocolat. Adénomyome endométrrial à la face postérieure de l'utérus au niveau des adhérences avec l'ovaire, et sur toute la zone qui adhère au fond du cul-de-sac et du rectum.

Obs. 9. — Kyste hémorragique perforant des deux ovaires avec liquide chocolat, et un peu de sang ancien dans la cavité pelvienne (Endométrrome des deux ovaires). Endométrrome superficiel de la face postérieure de l'utérus, et deux nodules de même nature sur le colon sigmoïde, allant du péritoine jusqu'à la sous-muqueuse.

Obs. 10. — Cancer du col utérin de type pavimenteux.

Kyste hématique perforant de l'ovaire droit. On trouve encore des adénomes du même type dans le cul-de-sac péritonéal, près du ligament utéro-sacré gauche, sur les parois utérines antérieure et postérieure. Sur l'ovaire gauche fente limitée par du tissu endométrial.

Obs. 11. — Le kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit est ici un kyste lutéinique, qui, après rupture, a été envahi secondairement par des formations épithéliales du type endométrial. Eléments adénomyomateux sur la paroi pelvienne latérale, dans un nodule du cul-de-sac vésico-utérin, sur une large zone de la paroi utérine postérieure et sur la paroi antérieure, qui adhérait à l'utérus.

Obs. 12. — Kyste hémorragique perforant de l'ovaire droit, (endométriome typique), laissant s'échapper pendant la libération, du liquide chocolat. Nombreux noyaux myomateux utérins. Un petit nodule à la surface postérieure de chaque ligament large et dans le Douglas. Ce dernier n'est pas enlevé. Les nodules examinés sont aussi des endométriomes.

Obs. 13. — Kyste hémorragique perforant de l'ovaire gauche (liquide chocolat lors de la rupture opératoire). Il est tapissé par un épithélium cylindrique et porte dans le stroma sous-jacent, des traces d'hémorragies anciennes et récentes. Endométriome de la face postérieure du col et du vagin, et adénome endométrial du péritoine près du ligament rond gauche.

La malade de GOLDSTINE (1921), avait récemment remarqué du sang dans ses selles. Adénomyome recto-vaginal, qui a envahi les ligaments utéro-sacrés à 2 cm. du

col. A cause de l'adhérence au rectum, l'extirpation fut incomplète.

La première malade de GOLDSTINE et FOGELSON, présentait une masse kystique de 4 cm. de diamètre dans le septum recto-vaginal, sans connexion avec le col, et sans lésion du rectum. Un grand kyste d'épithélium cylindrique renferme du liquide chocolat (sang altéré et pigments sanguins) ; à côté, d'autres kystes plus petits et des glandes entourées de conjonctif et de muscle. Pas d'inflammation.

Chez la deuxième malade de GOLDSTINE et FOGELSON, il existait un kyste de l'ovaire gauche de 5 cm. de diamètre, rompu pendant l'opération (liquide chocolat). On rencontrait dans cet ovaire de nombreuses glandes du type endométrial. Dans le septum, adénomyome adhérent au col et au rectum.

Chez la troisième malade de ces deux auteurs (GOLDSTINE et FOGELSON), on percevait à la palpation, une masse dans la fosse iliaque droite. Adhérences du grêle aux trompes, à l'utérus et au ligament large, dues à des îlots de tissu friable de 1 à 2 cm. de diamètre. L'examen montre un tissu de granulation, avec petites glandes du type endométrial.

Un adénome pelvien de l'espace para-rectal a été opéré par FORGUE et GRYNFELT. La tumeur en imposait pour un ostéosarcome du pelvis.

Parmi les 4 adénomyomes recto-vaginaux publiés par SHAW et ADDIS (1922), trois étaient associés à des kystes goudron des ovaires.

L'observation publiée en détail correspond à une trans-

formation kystique des deux ovaires, à contenu chocolat et consistance goudronneuse (adénomyome au microscope), et à une tumeur fibreuse de la paroi utérine.

La malade de SHAW (1925) présenta successivement un polype fibreux puis un polype muqueux du col, en même temps qu'une petite nodosité dans le cul-de-sac postérieur. (Adénomyome typique). Après enlèvement, il y eut deux ans après, une récurrence de l'adénomyome de la grosseur d'une noix, avec plusieurs polypes vaginaux et cervicaux de même nature.

H. FREUND, put enlever par voie vaginale, un adénomyome comblant le Douglas et pénétrant le rectum jusqu'à la sous-muqueuse.

LAHM (1922) a constaté chez une femme enceinte de trois mois des nodules opaques blanchâtres sur le péritoine du Douglas. Les cavités glandulaires étaient entourées de tissu cytogène, ayant subi en partie la transformation déciduale.

Une deuxième observation de LAHM, concerne une femme enceinte, opérée pour myomes multiples. Infiltration avec éminences papillaires sur le péritoine du Douglas. Hystérectomie. Le myome présentait à la surface péritonéale, et là seulement, des cavités glandulaires avec réaction déciduale.

Dans son travail de 1923, Arch. DONALD, a publié de nombreuses observations d'endométriome de l'espace recto-vaginal.

Obs. 1. — Kystes goudron adhérents des deux ovaires. Masse postérieure noduleuse et sensible, avec empâtement des culs-de-sac latéraux. Adénomyome typique.

Obs. 2. — Tumeur de la grosseur d'une noisette, adhérente au rectum. Utérus et ovaires sains. Structure typique.

Obs. 3. — Tumeur dure, irrégulière, très sensible, adhérente au col et au rectum, et occupant toute la face postérieure de l'isthme. Kystes goudron des deux ovaires. Hyperplasie de l'endomètre.

Obs. 4. — Masse diffuse dans le cul-de-sac postérieur, à droite de la ligne médiane. Adhérence au rectum à la face postérieure de l'utérus ; présence dans le rectum d'un nodule gros comme un pois. Kystes goudron dans les deux ovaires adhérents. Le nodule rectal est un adénomyome.

Obs. 5. — Masse dure dans le Douglas et infiltration bi-latérale. Kystes goudron des deux ovaires très adhérents. Adénomyome recto-vaginal.

Obs. 6. — Métrorragie continue depuis six semaines. Adhérence recto-utérine étendue. Ablation d'un nodule (adénomyome) de la paroi rectale.

Obs. 7. — Masse nodulaire douloureuse dans le Douglas. Adénomyome de l'utérus et de la paroi rectale.

Obs. 8. — Épaississement nodulaire très sensible dans le Douglas. Kystes goudron très adhérents des deux ovaires. Adénomyome de l'utérus et des ovaires.

Obs. 9. — Masse indurée, sensible, mal limitée, au niveau du Douglas. Kystes goudron des deux ovaires. Adénomyome recto-vaginal.

Obs. 10. — Induration diffusée du Douglas avec extension à gauche. Kyste clair de l'ovaire droit, kyste goudron

de l'ovaire gauche. Adénomyome de l'utérus et des ovaires.

Obs. 11. — Tumeur grosse comme une noisette dans l'espace recto-vaginal. Kystes goudron des deux ovaires. Adénomyome de l'espace recto-vaginal et des ovaires.

Obs. 12. — Gros utérus irrégulier en rétroversion adhérente. Petits kystes goudron de l'ovaire gauche. Gros utérus globuleux avec kystes de la paroi postérieure. Adénomyome de l'ovaire gauche, de l'espace recto-vaginal et de la paroi utérine postérieure.

Obs. 13. — Petit nodule dur de l'espace recto-vaginal. Kyste clair de l'ovaire gauche. Adénomyomes de l'ovaire et de l'espace recto-vaginal.

Obs. 14. — Petits nodules du Douglas. Utérus légèrement rétroversé avec myome antérieur. Adénomyome de l'espace recto-vaginal.

Obs. 15. — Sensibilité marquée et épaississement diffus du cul-de-sac postérieur. Gros ovaires avec kystes goudron. Nodule recto-vaginal, qui ne montre pas d'adénomyome net.

Il s'agit dans la première observation de CLARE (1923), d'un épaississement dense de chaque côté de l'utérus, adhérent au rectum. Hystérectomie, sans ablation de la masse rectale. L'examen de la paroi cervicale postérieure fait conclure à un adénomyome. L'application de radium détermine une zone nette de résorption.

L'observation 2 de CLARE, concerne une malade, qui présentait une masse recto-vaginale du volume d'une noisette, et un petit polype du cul-de-sac postérieur. Elle ne fut pas améliorée par l'excision par voie vaginale.

Dans sa troisième observation, un petit noyau d'adénomyome, situé en arrière du col, fut excisé par voie vaginale.

La malade de l'observation I, de LOCHRANE (1923), était enceinte de trois mois. Tumeur multilobée, irrégulière, sans connexion avec l'utérus, dont elle est distante de 1 cm. Adénomyome avec réaction déciduale.

La deuxième tumeur de LOCHRANE était également un adénomyome avec réaction déciduale.

Dans la première observation de SPENCER (1923), une masse, irrégulière, friable, avec hémorragies intermittentes, emplissait presque le vagin, et donnait exactement l'impression d'un cancer. La tumeur s'incère largement sur la paroi vaginale en avant et à gauche du col. Adénomyome.

Après une extirpation partielle par voie vaginale, on fait de la curiethérapie. Guérison vérifiée 22 mois après.

La deuxième malade de SPENCER, subit une hystérectomie pour adénomyome recto-utérin. Les ovaires paraissaient sains.

Dans la troisième observation de SPENCER, il existait des kystes ovariens et un adénomyome de toute la surface postérieure de l'utérus.

La tumeur venait de la surface péritonéale, et on pouvait invoquer la rupture de kystes ovariens dans la genèse de la tumeur.

Chez la première malade de WILLIAMSON (1923), le début de la tumeur avait été constaté trois ans auparavant. L'opération (hystérectomie totale), ne put, à cause des adhérences rectales, enlever la totalité de la tumeur.

Curiéthérapie, qui améliore considérablement la malade et fait disparaître à peu près complètement l'adénomyome.

La deuxième malade de WILLIAMSON présentait dans le cul-de-sac postérieur, une masse irrégulière, dure, saignant au contact, située partie dans le vagin, partie sur le col. Le diagnostic fait par biopsie est adénomyome. Radiothérapie. Guérison, sauf légère induration cicatricielle.

La malade de RUSSEL ANDREWS (1923), avait été opérée trois ans auparavant d'un kyste hématique de l'ovaire gauche très adhérent et d'un adénomyome recto-vaginal. Un peu de tissu induré avait été laissé et avait envahi les ligaments sacrés et la base des ligaments larges. La curiéthérapie donne une amélioration, mais six mois après, on trouve une induration très marquée du rectum.

WESTMAN (1923), a relaté l'observation d'une malade qui présentait, à côté d'un carcinome utérin, une adénomyométrie d'origine séreuse, à la face postérieure de l'utérus, absolument indépendante du carcinome.

La malade de PINKSOHN (1923), présentait dans le Douglas, un noyau néoplasique, sous-péritonéal, gros comme une noisette, adhérent à la paroi rectale, en même temps qu'un kyste de l'ovaire infecté.

Le noyau du Douglas était un fibro-myome simple, encapsulé. Il fut enlevé, mais cinq ans plus tard, il y eut, au même endroit, un adénomyome de la grosseur d'une noix, adhérent à la muqueuse vaginale, mais non au rectum.

Il y avait, chez la malade de CAREY CULBERTSON (1924),

un kyste hémorragique rompu de l'ovaire droit adhérent au ligament utéro-sacré, une membrane épaisse, tapissant le Douglas, et l'hydatite de Morgagni adhérente à la membrane de Douglas. Kyste, membrane et hydatide montrent un endométrioïme typique. On peut penser à une implantation dans le Douglas, secondaire à la rupture du kyste.

HERLY, rapporte l'observation d'une malade présentant un nodule dans la paroi vaginale postérieure, saignant facilement. La surface du nodule est formée d'une série d'excroissances papillomateuses. La structure est kystique avec pseudo-glomérules. L'ablation ayant été incomplète, à cause des adhérences rectales, les symptômes persistent. Une première application de radium est faite sans succès. Une deuxième fait disparaître les nodules, mais quelques mois après, il y a récurrence, et on est obligé d'interrompre une grossesse, qui active le développement de la tumeur. Nouvelle curiethérapie, disparition rapide de la tumeur. Une nouvelle grossesse devient possible.

HERLY a vu un autre cas d'adénomyome, après déchirure de la paroi postérieure par application de forceps.

Chez une femme enceinte de deux mois, ULESCO-STROGANOWA (1924), observe dans le cul-de-sac vaginal postérieur des formations rouge sombre du volume d'un pois. Les cavités glandulaires contiennent du sang et le stroma a subi la transformation déciduale.

Le nodule enlevé par SCHILLER (1924), dans le cul-de-sac vaginal postérieur, renfermait des cavités glandulaires, avec épithélium de hauteur très variable. Le stroma

est d'autant plus cytogène qu'il correspond à un épithélium plus élevé.

Dans l'albuginée de l'ovaire, inclusions endométrioïdes avec les mêmes caractères.

La première observation de LINDEN (1924), est fort curieuse, et mériterait d'être rapportée en entier. Il s'agit de kystes chocolat bilatéraux des ovaires, avec hypertrophies épithéliales hétérotopiques multiples sur la séreuse du petit bassin. Partout la structure endométriale caractéristique.

LINDEN. — Obs. 2. — Règles douloureuses. Pelvi-péritonite, kystes chocolat bilatéraux, adénomyose de l'utérus, du col et du paramètre.

Obs. 3. — Troubles vésicaux et règles douloureuses. Pelvi-péritonite, kystes chocolat bilatéraux et adénomyose de l'utérus et du rectum.

Obs. 4. — Dyménorrhée et ménorragies. Pelvi-péritonite, kystes chocolat bilatéraux et adénomyose du col.

Obs. 5. — Pelvi-péritonite, kystes chocolat bilatéraux, adénomyose de l'utérus et du col.

LAUCHE (1924). — Obs. I. — Adénomyose du Douglas, s'étendant jusque sous la muqueuse rectale, et rendant nécessaire la résection de 10 cm. d'intestin.

Obs. 2. — Dans la paroi vaginale postérieure, tumeur bleu-rougeâtre, ayant doublé passagèrement de volume peu avant la menstruation.

Obs. 3. — Il y a 3 ans, tumeur ovarienne gauche. Dans la paroi vaginale postérieure, fibro-adénomatoses typiques avec pigments dans le stroma.

F. IVEN (1925). — Pour un utérus rétroversé, adhérent

au rectum, pratique l'hystérectomie. Au fond du Douglas, nodule sous-péritonéal à contenu goudron (adénomyome).

NYSTRÖM (1925), chez deux malades, a signalé de volumineuses tumeurs du cul-de-sac postérieur, adhérentes aux tissus voisins.

HEIM (1925), publie une première observation complète d'adénomyome du cul-de-sac vaginal postérieur, avec nale, avec nodule très adhérent au rectum.

Les ovaires ne présentaient ni hématomes kystiques, ni endométriomes. La muqueuse du corps fortement épaissie, comme à la phase prémenstruelle, pénètre çà et là, à une petite distance, dans le muscle.

Obs. 2. — Malade ayant subi, pour douleurs abdominales et lombaires, une hystérectomie supra-vaginale. Six mois après se développe une adénomyosite recto-vaginale, avec nodule très adhérent au rectum.

MICHON et COMTE ont récemment, en 1926, publié 15 observations d'adénomyomes du septum recto-vaginal.

Obs. I. — Fibrome utérin, nodule dans la cloison recto-vaginale. Après hystérectomie du fibrome, on fait une biopsie du nodule. Adénomyome typique.

Obs. 2. Deux ovaires polykystiques et très adhérents. Hystérectomie totale. Le col est très adhérent au rectum, et il existe un nodule utéro-sacré. Vraisemblablement *endométriomes* des ovaires, le contrôle histologique n'ayant pas été fait.

Obs. 3. — Adénomyome recto-vaginal de la grosseur d'une noix, allant jusqu'à la muqueuse rectale. En même temps sur l'utérus, endométrite hypertrophique avec multiples polypes muqueux,

Obs. 4. — Masse fibromateuse multiple remontant jusqu'à l'ombilic. *Hématome de l'ovaire droit*. Une masse du volume d'une mandarine, aplatie et étalée sous le péritoine de Douglas, à consistance fibromateuse, n'a pas été enlevée à cause de son adhérence au rectum, et, 5 ans après, avait disparu spontanément.

Obs. 5. — Gros utérus dur. Bloc d'adénomyome, situé à la face postérieure de l'isthme et infiltrant les ligaments utéro-sacrés, à leur insertion utérine. Hystérectomie totale facile.

Obs. 6. — Ménorragies. Fibrome de la corne droite, du volume d'une mandarine, et adénomyome recto-vaginal du volume d'une petite noix, soulevant et fronçant le péritoine du Douglas. Hystérectomie subtotale laissant en place l'adénomyome. Celui-ci disparaît spontanément en l'espace de six mois.

Obs. 7. — Utérus rétroversé, adhérent avec annexite latérale gauche. Hystérectomie. On laisse, sous le péritoine du Douglas, un nodule, en galet, mal limité, adhérent à la face postérieure de l'isthme et au rectum. La malade a été revue deux ans après. Le col est mobile et le Douglas libre.

Obs. 8. — Ménorragies et rectalgie. Dans le cul-de-sac postérieur, masse du volume d'une noix, adhérente au rectum. Adénomyome typique.

Obs. 9. — Nodule du volume d'une noisette dans le Douglas. Thermocautérisation profonde, qui n'apporte qu'un court soulagement. La tumeur paraît plus volumineuse avant les règles qu'après. Il existait deux nodules d'adénomyome, l'un droit, du volume d'une amande,

l'autre, médian, adhérent au rectum. Tissu cytogène abondant.

Obs. 10. — Deux fibromes, un au niveau de la corne droite, un pédiculé sous-muqueux sous la corne gauche. Noyau à la face postérieure de l'isthme, adhérent au rectum ; adénomyome au début.

Obs. 11. — Ovaires très adhérents, kystiques à contenu hématique, noirâtre, gluant, analogue à du cambouis. Fibromyome antérieur pédiculé et utérus bourré de petits fibromes. Surfaces dépéritonisées à l'origine de chaque ligament rond correspondant à des adénomyomes des ligaments ronds. Muqueuse utérine fongueuse avec un polype muqueux, inséré dans le fond. Masse recto-vaginale avec la structure de l'adénomyome.

Obs. 12. — Adénomyome recto-vaginal. L'intervention est faite le deuxième jour des règles. La tumeur est farcie de petites cavités kystiques à contenu goudronneux.

Obs. 13. — En arrière du col et à droite, à l'insertion du ligament utéro-sacré, noyau dur, très douloureux. Opération faite le deuxième jour des règles. Le ligament utéro-sacré droit est dédoublé et épaissi par une tuméfaction adhérente à l'isthme et kystique. Le contenu en est du sang noirâtre. Guérison. Il persiste cependant un empâtement mal défini et indolore.

Obs. 14. — Rétroversion. Adhérences utéro-utérines qui, examinées, ont montré la structure typique de l'adénomyome. Le paramètre gauche est aussi infiltré de nodules de même nature. Corps utérin fibrômateux.

Obs. 15. — Au-dessus du col et à droite, noyau adhérent à la muqueuse vaginale, dur, très douloureux : adé-

nomyome. En outre, kyste folliculaire de l'ovaire droit.

MICHEL et COMTE ont publié en outre, l'observation d'une malade opérée pour salpingite hystérectomie abdominale subtotale), l'adénomyome recto-vaginal, laissé en place, dut être enlevé ultérieurement. Une résection partielle du rectum fut suivie de mort.

La tumeur avait envahi la muqueuse vaginale en plusieurs endroits, et provoquait des hémorragies chez la malade de BOERMA (1925). Macroscopiquement, il s'agissait d'un adénomyome.

Parmi les 20 observations publiées par de JONG, DE JOSSELIN et DE SNOO (1925), plusieurs concernent des endométrïomes de la face postérieure de l'utérus, l'une se rapporte à une tumeur recto-vaginale. Il y avait, à la face postérieure du col, une tuméfaction volumineuse, qui avait percé la paroi du vagin et pendait librement sous forme de polypes dans la cavité vaginale. Kystes goudron des deux ovaires.

Deux observations d'endométrïomes saillants dans la grande lèvre ont été rapportées par JOSSELIN, DE JONG (1926). Ces tumeurs coexistaient avec une hernie et la présence d'un diverticule péritonéal permet d'expliquer cette localisation rare de l'endométrïome.

OBSERVATIONS

Nous relatons ici deux observations qui nous ont été communiquées par M. le Docteur DOUAY.

Nous avons complété l'examen anatomo-pathologique de la première, déjà citée par DEROCQUE.

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de MM. BAUMGARTNER, DOUAY et MONCANY)

Femme de 40 ans. Pas d'enfant. Bien réglée. Depuis trois mois, elle accuse des douleurs vives au moment des règles. En outre, entre ses deux dernières périodes menstruelles, elle a eu des petites pertes de sang.

Bon état général.

À l'examen on trouve une masse végétante du cul-de-sac postérieur du vagin, à gauche de la ligne médiane. Cette masse est composée de végétations petites, arrondies, rouge violacées, indépendantes du col utérin. Les végétations elles-mêmes sont de consistance molle, mais elles reposent sur une base indurée.

Biopsie (de KERVILY). — Deux pièces ont l'aspect de la muqueuse utérine normale ; mais sous l'épithélium stratifié vaginal, le tissu conjonctif est œdématié. Sur l'une d'elles on constate la présence de deux glandes très dilatées, kystiques, à épithélium cubique simple, ayant l'aspect de petits « œufs de Naboth ».

La troisième pièce est plus complète. Elle est constituée par une muqueuse vaginale à épithélium stratifié, ulcéré sur une petite zone. Sous l'épithélium se trouve le tissu conjon-

tif œdématisé et plusieurs glandes en tubes sinueux absolument semblables à des glandes du corps de l'utérus. Les glandes ont une structure normale, sans trace d'inflammation. Autour d'elles est un tissu conjonctif très riche en cellules fusiformes. Signes d'inflammation sous l'épithélium vaginal.

Il y a donc sous l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin du tissu conjonctif de la muqueuse utérine avec des glandes du corps. Ce tissu aberrant n'a pas de limites nettes et se continue avec le tissu conjonctif vaginal.

Conclusion : Aberrance de tissu utérin (du corps utérin) dans le vagin.

Une biopsie de contrôle, faite dans le service du Professeur J.-L. FAURE.

Intervention le 28 janvier 1926. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement de la vessie. Décollement pénible du rectum qui adhère intimement au col et à la paroi vaginale postérieure, de sorte qu'on est obligé de sculpter le trajet de l'uretère qui est englobé dans la masse.

Ablation en bloc de la tumeur avec l'utérus et une large collerette vaginale. Tamponnement à la Mikulicz.

Suites : Suites opératoires très simples. La malade revue 10 mois après, présentait un excellent état général et local.

La pièce comporte l'utérus avec les annexes et une large collerette vaginale. Au niveau du cul-de-sac gauche postérieur se trouve une tumeur du volume d'une grosse prune, développée surtout à l'extérieur du vagin, où ses limites sont déchiquetées. Elle adhère au col et au vagin, et on y reconnaît la rigole où cheminait l'uretère gauche. A l'intérieur du vagin, la tumeur fait saillie sous forme de petits polypes qui sont maintenant extérieurs.

Deux petits myomes sous-séreux du corps utérin. Pas de lésion annexielle.

Examen anatomo-pathologique. — Nous avons eu à notre disposition les coupes de la deuxième biopsie, et la pièce opératoire, comprenant la tumeur, les annexes et l'utérus avec une large collerette vaginale.

La tumeur adhérent à l'utérus, pour en étudier les rapports, nous avons fait une coupe frontale passant par la cavité utérine (Fig. 1).



FIG. 1. — Coupe frontale de la tumeur et de l'utérus.

(Obs. de MM. BAUMGARTNER, DOUAY et MONCANY).

Sur cette section, l'endométriome se présente comme une masse soudée latéralement à la face postérieure du col, les faisceaux musculaires de la couche plexiforme se continuant avec la partie centrale de la tumeur.

La muqueuse utérine paraît légèrement épaissie avec, au voisinage du muscle, un deux microkystes.

Sur la biopsie, d'environ $3/4$ de centimètre d'épaisseur,

nous avons pu étudier les rapports de la tumeur avec la muqueuse vaginale.

L'épithélium a été remplacé par un épithélium simple, le plus souvent cubique, parfois aplati. Il fait défaut par places, ces minimes érosions sont tapissées de sang coagulé. Quelques mitoses.

Sur les bords du prélèvement, nous trouvons l'épithélium vaginal aminci et enflammé, infiltré de leucocytes polynucléaires. Il envoie une languette de cicatrisation au-dessus de petites zones nécrosées de l'épithélium prismatique.

L'épithélium de revêtement se continue avec des invaginations glandulaires, qui ont tous les caractères des glandes utérines, la partie superficielle correspondant à une couche compacte, la partie profonde à une couche spongieuse. Les glandes ont un contour légèrement sinueux, festonné sur les coupes transversales, comme dans le stade prémenstruel. Dans la partie profonde, l'épithélium présente des invaginations à l'intérieur des glandes, et un aspect irrégulier, comme dans la *métrite adénomateuse*. L'épithélium est prismatique, rarement cilié.

Le chorion est riche en cellules et en vaisseaux. Les cellules sont gonflées dans la zone superficielle, où existent en outre de petites hémorragies interstitielles. Zones œdémateuses, avec leucocytes. Pas de fibres musculaires. Il s'agit donc dans le fragment vaginal de *muqueuse utérine hétérotopique, légèrement adénomateuse, au stade prémenstruel*.

La pièce opératoire a été examinée sur un fragment allant de la cavité cervicale à la graisse péri-rectale. (Fig. 1).

Les glandes endo-cervicales, bien développées, ont un épithélium prismatique, très haut, voisin des cellules des glandes du corps, quelquefois muqueux. Ces glandes sont séparées de la tumeur par une bande fibro-musculaire de 7 à 8 m/m d'épaisseur.

La tumeur elle-même comprend de vastes zones glandulaires, les tubes sont en majorité étroits, rectilignes et allongés ; d'autres sont bosselés, à contours irréguliers et por-

teurs d'invaginations adénomateuses. On peut trouver de petites cavités utérines en miniature. Le tissu cytogène est abondant ; il présente des foyers hémorragiques récents et anciens, quelques petites zones nécrotiques avec macrophages chargés de pigment et de petits amas lymphocytaires.

La tumeur arrive au contact de la graisse périrectale, dans laquelle quelques tubes commencent à pénétrer. Dans cette graisse existent de petits nodules d'inflammation chronique. Le tissu fibro-musculaire est dense, riche en fibres musculaires et en faisceaux nerveux, avec quelques signes d'irritation. Le myome sous-séreux ne renfermait aucune invagination glandulaire. Les ovaires, un peu augmentés de volume, paraissaient normaux.

Conclusion : Endométriome assez végétant, à tendance extensive.

OBSERVATION INEDITE

(due à l'obligeance de M. DOUAY)

Mme D..., 32 ans. Sans enfant. Pas d'antécédent pathologique. Règles abondantes et douloureuses depuis 2 ans environ.

Au début de septembre 1927, état grippal, avec fièvre, angine et bronchite. Règles sans retard du 2 au 11, plus abondantes que de coutume. Douleur violente le 12 dans le bas-ventre, sans vomissement, température 39°. Le 13, retour des pertes de sang. La malade se couche et appelle son médecin qui trouve à l'examen une tuméfaction pelvienne douloureuse qui paraît faire corps avec l'utérus. Le 14, l'état de la malade est assez grave pour qu'une consultation soit décidée (Docteur DOUAY).

Examen le 15 septembre. Température : 38°5 ; pouls : 112. Perte de sang. Ventre distendu et douloureux. L'utérus paraît volumineux et mou et encastré dans des masses annexielles douloureuses.

Diagnostic : Fibrome avec salpingite et pelvipéritonite.

Sous l'influence de la glace, les phénomènes aigus s'amé-

liorent. La température s'abaisse. Une deuxième consultation, le 22 septembre, permet de constater des signes plus précis.

Examen du 22 septembre. — La tuméfaction est surtout utérine, il s'agit d'un gros fibrome rond, mou et douloureux à la pression. Les culs-de-sac latéraux sont plus libres et la mobilisation de l'utérus est possible.

On sent nettement, et pour la première fois, une masse dure du cul-de-sac postérieur paraissant adhérer à la paroi vaginale.

Un dernier examen est pratiqué le 15 octobre, la malade se lève, les douleurs ont disparu, les règles du 1^{er} au 10 octobre ont été très abondantes.

On reconnaît nettement la présence d'un gros fibrome de la grosseur des deux poings, plus petit et plus dur qu'au précédent examen. Il est mobile. Toutefois, la pression sur le fibrome détermine une sensation douloureuse anormale. La tumeur déjà perçue dans le cul-de-sac postérieur est de nouveau sentie par le toucher vaginal avec toute sa netteté. C'est une masse de la grosseur d'une noix, assez irrégulière dans sa forme ; elle est dure, un peu élastique et indolore ; elle paraît faire partie de la paroi vaginale postérieure.

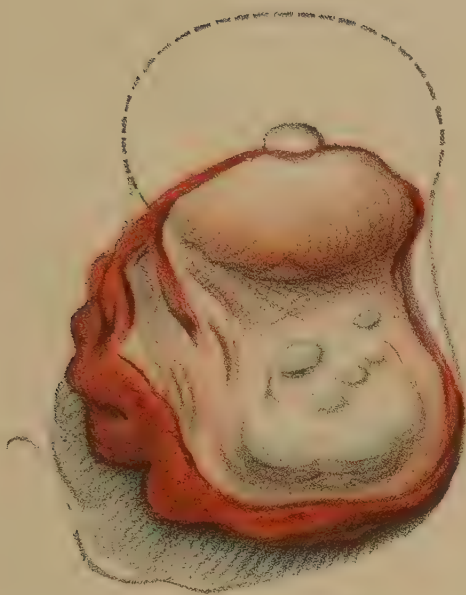
Au spéculum, on voit un aspect tout à fait spécial : petites saillies de la muqueuse, avec coloration bleutée, comme s'il y avait de petits kystes hématiques visibles par transparence. Cet aspect nous permet d'en faire le diagnostic. C'est, en effet, le signe caractéristique de l'adénomyome du cul-de-sac de Douglas.

Opération : Le 18 octobre 1927. Opérateur : M. DOUAY. Anesthésie générale. Mélange de Schleich. Laparotomie médiane. On trouve un gros fibrome avec quelques adhérences faciles à séparer.

On pratique une hystérectomie subtotalaire par le procédé de Kelly.

On a alors un libre accès sur le cul-de-sac de Douglas, dont le fond est occupé par la masse dure de l'adénomyome.

Après avoir repéré les uretères, on sectionne transversa-



ADÉNOMYOME
DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

(*Pièce du D^r DOUAY*)

lement le péritoine du cul-de-sac de Douglas, et les ligaments utéro-sacrés de façon à séparer le rectum de la tumeur.

En partant de l'orifice du canal cervical, on sectionne le col de chaque côté jusqu'au vagin, de façon à détacher le tiers postérieur de la totalité du col. Une fois le vagin ouvert, on voit la tumeur à enlever et on coupe aux ciseaux la paroi du vagin de façon à enlever la totalité de l'adénomyome. Cette exérèse est assez difficile.

Surjet pour fermer le vagin, tout en assurant l'hémostase. Péritonisation. Drain.

Suites opératoires : Fébriles pendant quelques jours, cependant sans donner d'inquiétudes. Ablation du drain le 3^e jour, et des fils le 11^e jour. Le 14^e jour, ouverture avec la sonde cannelée d'un hématome suppuré de la paroi abdominale. Aucune suppuration par le vagin.

Cicatrisation obtenue le 21^e jour.

Examen de la pièce. — 1^o Fibrome : il s'agit d'un gros fibrome antérieur, à la fois sous-péritonéal et sous-muqueux, en état de nécrobiose. La couleur est brun-grisâtre, la consistance est molle. Il est probable que les accidents aigus observés un mois auparavant étaient dus à un début de nécrose du fibrome. On comprend aussi pourquoi la pression sur le fibrome déterminait de la douleur.

2^o L'adénomyome est développé dans la paroi postérieure du vagin, à un centimètre environ de la lèvre postérieure du col. Plusieurs petites cavités remplies de sang noir liquide, sont visibles par transparence à côté du vagin. Du côté du péritoine, on ne voit pas de cavités semblables, mais la masse fibreuse est adhérente par place au péritoine, qui se déprime à cet endroit. Le pourtour de la tumeur est assez bien délimité, mais sans qu'elle soit encapsulée comme un fibromyome. La consistance est ferme et élastique. A la coupe, les cavités se vident de leur liquide hémétique. On voit des masses de tissu fibreux un peu plus blanc.

La planche I représente la tumeur enlevée et vue par sa face vaginale ; en pointillé est représenté le reste du col, pour montrer l'aspect qu'on avait lorsqu'on voyait la tumeur par

l'examen au spéculum, aspect absolument caractéristique de l'adénomyome.

Examen histologique : Une coupe faite dans l'épaisseur de la tumeur montre que l'épithélium vaginal est intact. Dans



FIG. 2. — Coupe de la tumeur à un faible grossissement.

(Obs. du D^r DOUAY)

Ensemble. Pour le détail, voir la planche II

le chorion fibreux et richement vascularisé existent quelques formations d'aspect glandulaire, (Fig. 2). Les unes arrivent

presque au contact de l'épithélium et ont une tendance à devenir kystiques. L'un de ces kystes a déjà quelques millimètres de diamètre. Son contenu est séreux. Le tissu cytogène qui entoure les tubes dilatés est peu abondant et infiltré de leucocytes polynucléaires. Quelques leucocytes traversent l'épithélium et sont encore reconnaissables à l'intérieur d'un kyste rempli de sang altéré.

Dans l'épaisseur même de la tumeur, le tissu glandulaire n'est pas très abondant. Les cavités sont régulières, espacées les unes des autres. L'épithélium a les caractères utérins. Il est parfois cilié et les cellules sombres étroites alternent avec des cellules claires dans les cavités enflammées. (Planche II).

Le tissu cytogène bien développé présente des traces d'inflammation légère. Il est entouré de tissu fibreux, parsemé de nombreux faisceaux musculaires.

La tumeur s'arrête au contact de la graisse prérectale.

Conclusion : *Endométriome*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les endométriomes vaginaux ne siègent pas en un point quelconque du vagin, il est même remarquable que 98 ou 99 % de ces tumeurs s'observent à la face postéro-supérieure du septum recto-vaginal. La localisation antérieure vésico-vaginale est tout à fait exceptionnelle ; dans les observations que nous avons résumées, il ne s'agissait que de petits nodules insignifiants, et il existait en même temps un adénomyome du Douglas.

Pour rappeler ce lieu d'élection, CULLEN les avait désignés sous le nom d'adénomyomes du septum recto-vaginal, et c'est ainsi que la plupart des cas se trouvent mentionnés. Mais si on compulse les observations, on reconnaîtra avec DEROCQUE qu'ils sont fréquemment haut situés dans le septum, derrière le col, que l'isthme est parfois intéressé et adhérent au rectum.

Le terme proposé d'endométriomes recto-génitaux serait un peu trop général, puisqu'il pourrait comprendre les tumeurs de tout le tractus génital adhérent au rectum. Conservons donc le terme d'*endométriomes* recto-vaginaux et vésico-vaginaux, que l'on décrit ordinaire dans la même catégorie.

I. — ETUDE MACROSCOPIQUE

L'endométriome peut se présenter sous forme d'une tumeur soit unique, soit multiple, (forme disséminée à noyaux multiples). La tumeur unique est de beaucoup la plus fréquente.

La consistance est habituellement ferme, dure, et cette dureté que l'on a comparée à celle du cartilage est mentionnée dans beaucoup d'observations. Pourtant, quand il y a abondance de cavités glandulaires ou de microkystes, la tumeur est molle, spongieuse et friable.

Les kystes peuvent devenir volumineux ou se fondre en un seul, comme dans les endométriomes ovariens ; cette éventualité, quoique rare, a permis de décrire une *forme kystique*.

A la coupe, la tumeur est blanchâtre, et renfermé un tissu d'aspect fibreux, qui rappelle celui du muscle utérin ; mais, en plus, ce tissu est parsemé de petites cavités kystiques, de fentes allongées, plus ou moins irrégulières, donnant à la tumeur une structure fissuraire ou caverneuse, une apparence vermoulue.

Le contenu des cavités est souvent séreux, gélatineux ou encore jaune-verdâtre avec la consistance du mastic ; c'est parfois du sang altéré (kyste chocolat) ou non.

Ces caractères généraux se rencontrent dans les endométryomes des autres régions.

Evolution. — Dans l'évolution de ces tumeurs, souvent fort longue, on peut simplement distinguer deux étapes ou deux formes :

1°) Un stade de début, où la tumeur n'est encore qu'une petite masse assez bien limitée, c'est la *forme nodulaire*.

2°) Un stade plus avancé, où la tumeur s'est étendue et a envahi les organes voisins, c'est la *forme diffuse*.

FORME NODULAIRE

L'adénomyome débute par une petite induration, de la grosseur d'un pois ou d'un haricot. Son siège d'élection est la face postérieure de la portion supra-vaginale du col utérin, mais le nodule peut se développer aussi dans la paroi du cul-de-sac vaginal postérieur, rarement dans le ligament utéro-sacré. Dans un cas, le développement initial s'est fait dans le paramètre.

a). — Le nodule *rétro-cervical*, fixé sur la face postérieure du col, au voisinage de l'insertion vaginale, ou plus haut au niveau de l'orifice interne, fait corps avec l'utérus sur lequel il est fixé. Quoique assez bien limitée, sa surface n'est pas encapsulée. Elle ne fait pas de saillie appréciable dans le Douglas, cependant l'attention est attirée par l'aspect ridé, froncé du péritoine à ce niveau. On a l'impression d'une cicatrice en cul-de-poule.

L'adhérence avec le rectum s'établit rapidement, et même, dans les nodules de petite taille, il n'est pas rare de trouver quelques adhérences lâches, réunissant les parois rectale antérieure et cervicale postérieure.

b). — Le *nodule vaginal*, un peu plus rarement observé, siège dans la partie toute supérieure de la paroi vaginale postérieure. Dans un seul cas, (NADAL), l'adénomyome était plus près de la vulve que de l'utérus.

Profondément situé, il provoque, comme dans le cas

précédent, la formation d'une zone plissée sur le péritoine ; s'il se trouve au contraire, directement sous la muqueuse vaginale, celle-ci prend un aspect boursoufflé, mamelonné, grâce à la présence d'un ou de deux petits kystes bleu-rougeâtre ou bleu-noir, contenant du sang ; au pourtour, la muqueuse est ridée et déprimée.

Cette forme de début est rarement observée, car la tumeur a tendance à se fixer en haut du col et en arrière du rectum, évoluant ainsi vers la forme diffuse. Dans notre observation II, schématique à bien des égards, l'adhérence au col et au cul-de-sac de Douglas existait déjà, mais les adhérences au rectum étaient encore peu serrées.

Nodule utéro-sacré. — Des nodules ayant pris naissance dans les ligaments utéro-sacré sont chose rare (4 observations). Leur taille variait d'un pois à une noisette. L'un d'eux situé à 3 cm. de l'utérus était kystique et contenait une matière brun-jaunâtre, semblable à du mastic. Le ligament, épaissi et rétracté par l'infiltration diffuse, maintenait l'utérus en rétroversion dans le cas de MICHEL et COMTE.

FORME DIFFUSE

La forme diffuse n'est que le prolongement et l'aboutissant de la forme nodulaire, avec laquelle il est difficile d'établir une ligne de démarcation nette.

Par suite d'un accroissement irrégulier, les limites deviennent imprécises, et la tumeur tend à infiltrer ou à comprimer les organes voisins : col utérin, vagin et rectum.

Le rectum n'est le plus souvent intéressé que par sa face antérieure ; mais il peut être aussi encerclé sur ses faces latérales par la tumeur. Les tuniques externes : musculuse et sous-muqueuse sont habituellement envahies ; elles perdent leur souplesse, et deviennent épaissies, indurées, cartonnées. L'intégrité de la muqueuse est la règle. Dans un cas cependant elle portait quelques petits polypes (CULLEN), et dans le cas de LAUCHE, une petite zone arrondie avait l'aspect du lupus hypertrophique.

Nous avons déjà vu que la diffusion du nodule développé à la partie supérieure du vagin, le faisait adhérer précocement au rectum, puis au col utérin. L'envahissement s'arrête souvent à ce stade, mais il peut parfois gagner le paramètre, où les nerfs du pelvis et les uretères sont fréquemment comprimés. La dissection d'un ou des deux uretères est fréquemment mentionnée dans les protocoles opératoires.

A l'inverse de la muqueuse rectale, la muqueuse vaginale est fréquemment intéressée. On y retrouve les petits kystes bleuâtres si caractéristiques, que nous avons déjà mentionnés, parfois de véritables polypes. D'autre fois, elle est simplement épaissie et ridée.

L'évolution d'un nodule cervical est à peu près analogue ; par diffusion, il y a constitution d'un bloc cervico-vagino-rectal, qui refoule et parfois comble en partie le cul-de-sac de Douglas.

L'extension ultime de l'adénomyome le conduit à travers les ligaments larges et utéro-sacrés jusqu'aux parois du petit bassin ; c'est une évolution heureusement rare,

à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de *forme pelvienne*.

La *forme kystique* « cystadénome et polykystome » correspond au développement d'un ou de plusieurs kystes, à contenu spécial, rappelant les endométrïomes de l'ovaire ou « kyste goudron ». Il s'agit là d'une forme exceptionnelle de l'adénomyome recto-vaginal.

La forme disséminée ou à noyaux multiples, rares également, n'est pas moins caractéristique. Les différents nodules peuvent être voisins, tapisser par exemple la surface du Douglas (LAHM), ou au contraire, être éparpillés largement dans la cavité pelvienne (trois cas de SAMPSON).

ETUDE MICROSCOPIQUE

Histologiquement, et comme son nom l'indique, l'endométrïome est une tumeur composée de tissu rappelant la muqueuse utérine. Il s'y ajoute presque régulièrement des fibres musculaires lisses, d'où le nom d'adénomyome, donné primitivement à la tumeur, et encore très fréquemment employé.

1°) *Éléments épithéliaux*. — Les éléments épithéliaux se présentent habituellement sous la forme de cavités ou de tubes, d'aspect glandulaire, et plus ou moins réguliers. Les tubes sont tantôt allongés, tantôt incurvés, et contournés, comme la muqueuse utérine elle-même au stade prémenstruel. Ils peuvent présenter des bosselures à leur surface, ils se divisent rarement de façon dichotomique, ils s'éloignent assez souvent du type normal et présentent de grandes variations de calibre, et des dilatations kys-

tiques, qui peuvent être considérables. Les cavités utérines en miniature, décrites par CULLEN, ne sont que des aspects un peu particuliers de tubes dilatés dans lesquels débouchent d'autres tubes, ayant gardé leurs dimensions normales.

L'épithélium est primatique simple, de type utérin. Les cellules sont hautes, avec noyau allongé, presque central, couvertes de temps à autre d'une bordure ciliée (Pl. II).

L'épithélium est primatique, surtout dans les tubes étroits ; il devient volontiers cubique et même aplati dans les parties dilatées et les kystes. Dans ce dernier cas, l'accroissement du volume du kyste a été plus rapide que la multiplication des cellules épithéliales.

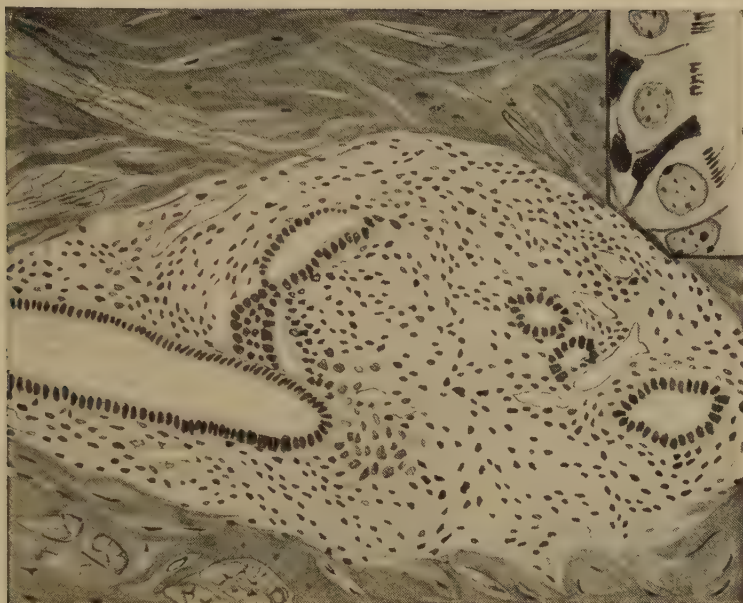
Les mitoses existent, quoique rares. Elles occupent la même place et la même disposition que dans la muqueuse utérine.

Nous n'avons pas vu d'indications de sécrétion dans les cellules épithéliales. Il est possible qu'elles sécrètent du mucus au stade prémenstruel.

L'abondance de ce tissu épithélial est des plus variables. Tantôt on aperçoit un ou deux tubes glandulaires dans une vaste nappe fibro-musculaire, tantôt au contraire l'élément glandulaire est dominant sur l'élément conjonctif. A ces différences de structure doivent correspondre des différences dans la rapidité d'accroissement.

Tissu cytogène. — Un tissu conjonctif lâche, riche en petites cellules arrondies, ovales ou fusiformes, très pauvre en fibres, entoure les formations épithéliales. Ce tissu conjonctif d'aspect embryonnaire, *cytoïde* plutôt que

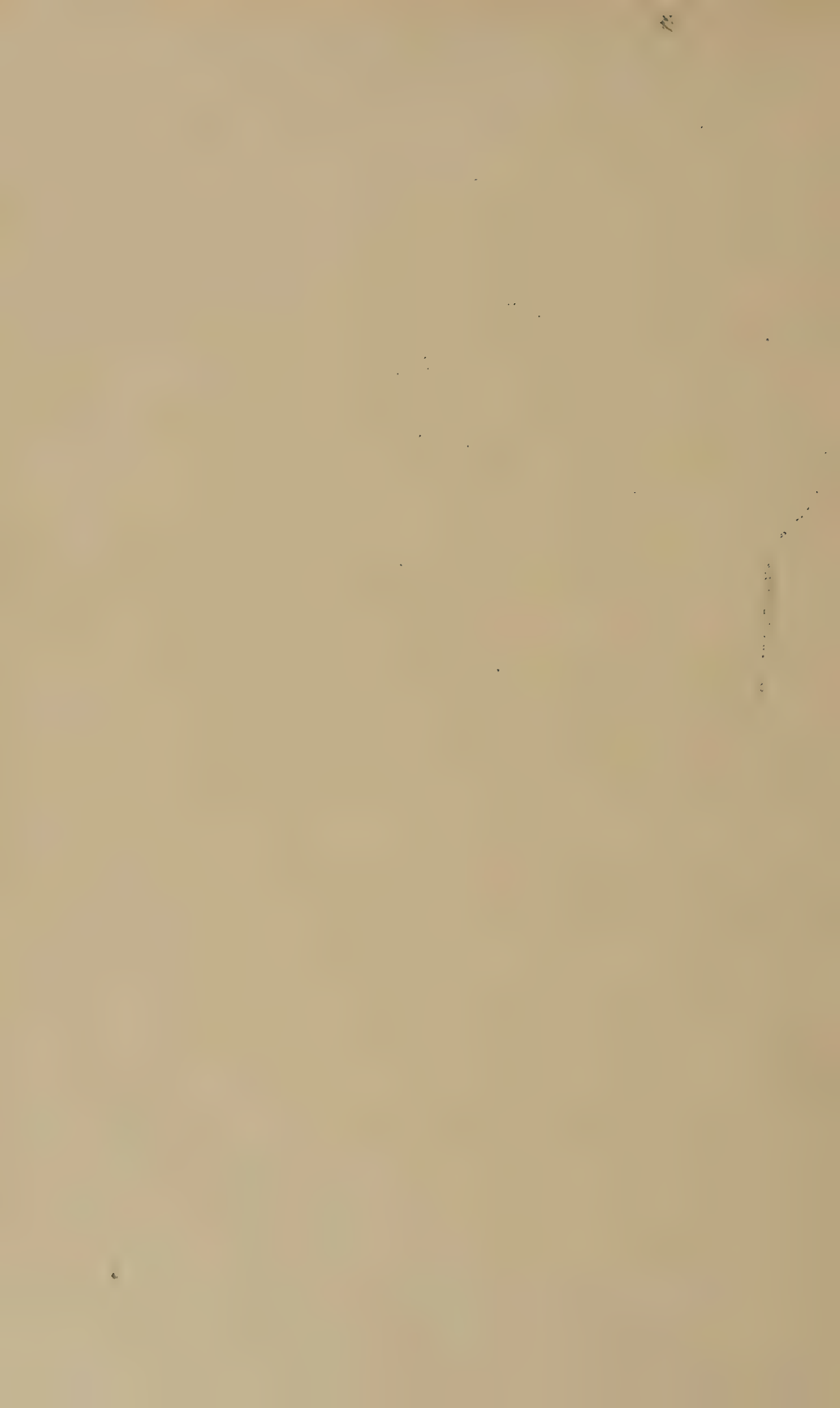
PLANCHE II.



Coupe dans la partie centrale de l'endométriome. Cavités tapissées par un épithélium cylindrique, entourées d'un tissu cytogène, riche en cellules, analogue à celui de la muqueuse utérine.

Autour des îlots glanduliformes, tissu fibreux renfermant des faisceaux musculaires lisses.

Dans le cartouche, cellules de l'épithélium cylindrique avec garniture de cils vibratils. Une cellule sombre intercalée entre deux cellules claires.



cytogène, forme avec l'épithélium un ensemble bien caractéristique, identique à l'endomètre. Des invaginations peuvent donner l'image de pseudo-glomérules.

Nous avons noté que l'abondance de ce tissu était variable suivant les points considérés ; en général il est plus abondant autour des petits groupes glandulaires qu'autour des kystes, où il manque même souvent. Quelques glandes peuvent ainsi arriver au contact du muscle.

Tissu musculaire. — Autour des îlots de muqueuse se trouve un tissu fibro-musculaire, tantôt riche en faisceaux musculaires coupés dans des sens différents, tantôt composé presque exclusivement de tissu fibreux. Dans l'observation I, du Docteur DOUAY, la biopsie superficielle, conclut à une plaque de muqueuse utérine hétérotopique ; il n'y avait aucune fibre musculaire. Par contre, il en a été trouvé plus profondément dans la pièce opératoire. La deuxième pièce du Docteur DOUAY montrait également, sous l'épithélium vaginal, quelques tubes dilatés non entourés de tissu musculaire.

Dans l'intervalle des faisceaux musculaires, de même que dans la lumière des tubes, on trouve des traces d'hémorragies anciennes ou récentes. L'inflammation peut aussi exister mais souvent de façon très discrète. Cette inflammation a pu être considérée comme une des causes favorisant le développement de l'adénomyome.

Participation au cycle menstruel et transformation déciduale. — Un caractère remarquable de ces tumeurs est d'augmenter de volume, de se congestionner et d'être le siège d'hémorragies au moment des règles. Elles montrent ainsi leur étroite parenté avec la muqueuse utérine.

Les interventions faites sur des femmes enceintes, ont montré en outre que les îlots glandulaires de ces tumeurs subissaient la transformation déciduale : épithélium glandulaire moins élevé, grosses cellules polyédriques dans le chorion, identiques aux cellules de la caduque, provenant de la transformation du tissu cytogène.

Lésions associées.— En même temps que l'adénomyome recto-vaginal, on observe fréquemment d'autres lésions adénomyomateuses, en particulier sur l'utérus, mais aussi sur le ligament rond, le mésosalpinx, le colon sigmoïde, le ligament suspenseur de l'ovaire. Les endométrïomes ovariens ou kystes-goudron seraient d'une grande fréquence. Depuis que l'attention a été attirée sur eux, on les observerait dans près de la moitié des cas.

La coexistence de l'adénomyose (1) de l'utérus est particulièrement suggestive. Cette facilité de la muqueuse utérine de proliférer et sa faculté de pénétrer dans le muscle sous certaines influences irritatives doivent être à l'origine de nombreux fibro-myomes. Tel est l'avis autorisé du Professeur CHAMPY, et les myomes utérins sont fréquemment signalés dans les observations d'adénomyomes recto-vaginaux, bien qu'un certain nombre d'auteurs aient dû les passer sous silence à cause de leur banalité. Des myomes existaient dans les deux observations du Docteur DOUAY.

(1) Végétation de la muqueuse utérine sans former de tumeur à proprement parler.

EMBRYOLOGIE & PATHOGENIE

L'Histogénèse des endométrïomes a exercé la sagacité des auteurs. Il était difficile de trouver une origine commune à ces tumeurs de siège si différent : vagin, utérus, trompe, ligament rond, ligament large, ovaire, intestin, ombilic, paroi abdominale.

L'origine embryonnaire a été la première admise, et des débris wolffiens et müllériens ont été mis en cause successivement. Nous croyons utile de donner un résumé du développement des canaux de WOLFF et de MULLER.

PREMIER STADE DU DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

Les premiers observateurs, frappés de la duplicité des conduits de Müller, alors qu'il n'existe qu'un seul utérus et un seul vagin, faisaient dériver ces derniers d'une bosselure ou excroissance de la paroi postérieure du sinus uro-génital. (RATHKE, 1861). D'autres, comme J. MULLER (1830), VALENTIN, (1835), faisaient dériver seulement le vagin du sinus uro-génital, et cette notion est encore acceptée par A. BRANCA.

Mais la plupart des auteurs, sinon tous : BISCHÖFF, THIERSCH, LEUCKART, KOELLIKER, LIVIUS, FURST, font provenir l'utérus et le vagin des extrémités inférieures des conduits de Müller. Il restait quelques divergences sur le point précis où débutait la soudure. Cette question ainsi que les diverses étapes du développement de l'utérus et du vagin chez le fœtus humain, ont été minutieusement étudiées dans le mémoire de MM. TOURNEUX et LEGAY (1894).

Voici comment ces auteurs décrivent les principales transformations subies par les canaux de Müller, pour donner l'utérus et le vagin.

« Au commencement du 3^e mois, chez le fœtus humain, les portions des conduits de Müller, situées dans le cordon génital se fusionnent entre elles, et forment un canal impair et médian, aux dépens duquel se développent de haut en bas, l'utérus et le vagin en totalité (*canal génital*, LEUCKART, 1853; *canal utéro-vaginal*). Les extrémités inférieures pleines et légèrement divergentes des conduits de Müller se fusionnent en dernier lieu au 4^e mois, chez le fœtus humain.

Chez la plupart des Marsupiaux (Didelphes), les conduits de Müller ne se fusionnent pas, mais évoluent isolément, et donnent naissance à deux utérus et à deux vagins, s'ouvrant par deux orifices distincts dans le vestibule. L'obstacle qui s'oppose, chez les Marsupiaux, à la fusion des conduits de Müller, résulte d'une disposition spéciale des uretères, qui au lieu d'embrasser dans leur courbure le cordon, s'engage entre les conduits de Müller, au milieu même de ce cordon, et le décomposent en deux moitiés latérales, contenant chacune un conduit de Müller et un canal de Wolff.

Au commencement du 4^e mois, l'épithélium polyédrique stratifié, qui tapissait primitivement le canal génital, a subi des modifications importantes. La moitié supérieure ou utérine du canal génital se montre, en effet, tapissée par un

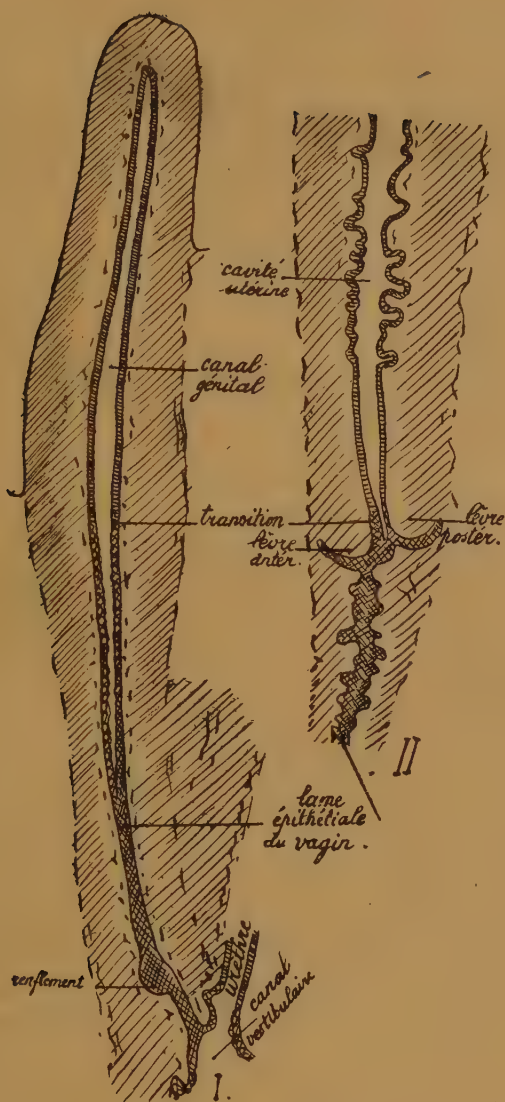


FIG. 3 et 4. — Section sagittale du canal génital
sur un fœtus humain de 10/14, 5 (gr. 16/1)

La cavité du canal génital est tapissée dans sa moitié supérieure par un épithélium prismatique (portion utérine), et dans sa moitié inférieure par un épithélium pavimenteux stratifié (portion vaginale). Au voisinage de l'extrémité vestibulaire, les épithéliums des parois antérieure et postérieure sont intimement soudés (lame épithéliale).

II. Section sagittale du museau de tanche chez un fœtus de 16/23, 5 (gr. 16/1)

La lame épithéliale du vagin est terminée supérieurement par deux prolongements qui dessinent le museau de tanche.

(d'après TOURNEUR et LEGAY)

épithélium prismatique qui se prolonge à l'intérieur des trompes, tandis que la moitié inférieure ou vaginale possède un revêtement épithélial pavimenteux stratifié, qui se perd inférieurement dans le bouchon épithélial, comblant l'orifice vaginal et résultant de la fusion des extrémités inférieures pleines des conduits de Müller. Le bouchon occupe le sommet d'une petite saillie de la paroi postérieure du sinus urogénital, qu'on rencontre également chez le *mâle*, et qui représente l'ébauche de l'hymen. A son niveau, le diamètre transversal du vagin est rétréci.

Au 5^e mois, il y a soudure des parois antérieure et postérieure du canal génital, donnant naissance à la *lame épithéliale du vagin*. Celle-ci, par un bourgeon lamelleux, figurant une cupule aplatie d'avant en arrière, délimite le col de l'utérus ou museau de tanche.

La surface de ce segment vaginal est ridée pendant toute la période foetale.

Canaux de Wolff. — Il est probable que les extrémités inférieures des canaux de Wolff, s'unissent aux canaux de Müller, pour constituer le segment inférieur ou hyménéal du vagin. Les canaux de Gartner, s'ouvrent chez la vache, non plus directement dans le sinus urogénital, mais à l'intérieur même du vagin, à une distance d'un centimètre environ de l'orifice vaginal. On peut admettre que les extrémités inférieures des conduits de Wolff ont disparu dans cette étendue, pour prendre part à la formation de l'orifice vaginal. »

VIALLETON (1921), considère également le vagin comme développé aux dépens des canaux de Müller :

« Le détail du développement est le suivant : les conduits de Müller se soudent l'un à l'autre dans la partie moyenne de leur segment terminal, et si on les suit en commençant par en bas, on voit qu'ils sont tout d'abord séparés et distincts, puis en remontant plus haut, on les trouve unis et confondus en un seul, plus haut encore, ils sont de nouveau séparés. Enfin leur soudure s'achève dans leur portion ter-

minale, et ils sont confondus dans toute leur partie inférieure qui forme l'utérus et le vagin. Leur indépendance primitive explique les cas tératologiques de dualité du vagin ou de l'utérus. »

Le texte d'HERTWIG, dans la 3^e édition française, prête un peu à la confusion, bien que cet auteur paraisse accepter l'opinion classique :

« Aux dépens de la partie du canal de Müller, située dans le cordon génital, se forment, par fusionnement, l'utérus et le vagin. THIERSCH et KÖLLIKER l'ont démontré pour plusieurs mammifères et, plus tard, DOHRN, TOURNEUX et LEGAY, pour l'homme. Chez l'embryon humain, ce processus commence pendant le 2^e mois. Lorsque les deux canaux de Müller se sont intimement unis, la cloison qui les sépare s'aminuit, puis se perfore, d'abord vers le milieu du cordon génital. Ce processus se continue, et ainsi se forme un simple tube, le sinus génital, qui reste rudimentaire dans le sexe masculin (utricule prostatique, ou utérus mâle).

Chez le fœtus du sexe féminin, on peut bientôt, d'après les observations de NAGEL, distinguer au sinus uro-génital (1) une partie proximale, plus considérable et une partie distale, plus petite. La partie proximale montre une cavité, qui est la forme ovalaire à la coupe transversale et délimitée par un épithélium cylindrique, formé de cellules longues et étroites. La partie distale est pleine et complètement remplie de cellules épithéliales volumineuses, riches en protoplasme. L'une devient l'utérus ; l'autre le vagin. Au 6^e mois, ces deux organes commencent à se différencier plus nettement. La partie supérieure, en continuité avec les trompes utérines, acquiert une paroi musculaire puissante et sa cavité reste étroite. Elle est séparée de la partie inférieure, le vagin, par un bourrelet circulaire, saillant, destiné à former la portion

(1) Il y a sinus uro-génital dans le texte Français (Hertwig, 3^e éd.) ; mais il semble que la description s'applique au *sinus génital*, partie fusionnée des canaux de Müller, et non au sinus uro-génital.

vaginale de l'utérus. La cavité du vagin reste large et sa paroi plus mince.

Le sinus uro-génital, court et large, forme le vestibule du vagin. »

BRACHET (1921), se basant sur les travaux de TOURNEUX, dit que, chez la femme, les parties terminales des canaux de Müller s'unissent vers le 5^e mois, en un canal utéro-vaginal aux dépens duquel se différencieront la totalité de l'utérus et du vagin.

PATHOGENIE

Théories de l'origine embryonnaire. — D'après ce qui précède l'origine Wolffienne, soutenue par Von RECKLINGHAUSEN, ne paraît pas applicable aux adénomyomes recto-vaginaux. La structure de ces tumeurs et leur localisation s'y opposent. On ne peut invoquer les résidus du corps de Wolff, que pour quelques adénomyomes tubaires, et encore, qu'exceptionnellement.

L'origine Müllérienne a pu être soutenue avec beaucoup plus d'arguments. Elle est séduisante parce qu'elle fait dériver de la même formation embryonnaire des tissus qui réagissent de la même façon à l'excitation ovarienne (cycle menstruel).

Les anomalies constatées sur les trompes et le vagin ne sont pas rares, des malformations embryonnaires peuvent vraisemblablement exister aussi sur la région moyenne des canaux de Müller. Dans cette région, les canaux de Wolff sont très voisins de l'isthme et aux points de contact, comme au niveau des zones d'adossement et de soudure des canaux de Müller, des cellules

épithéliales peuvent être détachées, des îlots de muqueuse peuvent échapper à la destruction et devenir l'origine, chez l'adulte, de formations tumorales.

Cette théorie est satisfaisante pour les endométriomes vaginaux et para-vaginaux, utérins et tubaires, mais elle ne peut expliquer les autres endométriomes abdominaux, en particulier ceux qui sont nés dans une cicatrice de laparatomie.

Théories de l'origine acquise. — L'insuffisance des théories précédentes a fait rechercher dans les tissus normaux de l'adulte, la source des divers endométriomes.

L'origine aux dépens de l'*épithélium vaginal*, ne repose que sur un petit nombre de faits. La plupart du temps les adénomyomes du vagin, sont dans le chorion, sans connexion avec l'épithélium. On voit bien de temps à autre quelques invaginations tapissées par les couches profondes de l'épithélium superficiel. Dans une seule observation, celle de SITZENFREY, les dilatations kystiques s'étaient développées dans une de ces invaginations et leur structure était la même que celle des autres parties de la tumeur, d'origine séreuse nette.

L'origine aux dépens de la *muqueuse utérine* est indiscutable pour les tumeurs de cet organe, et même par extension, pour quelques adénomyomes vaginaux très voisins. On note même assez souvent une adénomyose de la muqueuse utérine coïncidant avec un endométriome, mais les localisations lointaines restent inexplicables.

On a alors invoqué l'implantation d'endomètre, détaché au moment de la période menstruelle. Il y aurait,

selon SAMPSON, reflux du sang menstruel, greffe d'endomètre sur l'ovaire (1), rupture des kystes endométriaux ovariens et implantation secondaire dans le Douglas. Cette théorie repose sur la coexistence très fréquente, notée depuis SAMPSON, de kystes goudron de l'ovaire, coïncidant avec des endométriomes recto-génitaux.

La greffe de fragments utérins est possible, mais le rôle intermédiaire de l'ovaire jouant le rôle de couveuse paraît plus difficilement admissible.

La métastase de l'épithélium utérin par voie lymphatique (HALBAN), est encore beaucoup plus hypothétique.

Origine péritonéale. — L'origine péritonéale est celle, qui, à l'heure actuelle, paraît la plus satisfaisante. Elle s'applique aux endométriomes de siège bizarre (ombilic, région inguinale). Le processus serait une métaplasie régressive de l'endothélium, avec hyperplasie. Cette hyperplasie a d'ailleurs été constatée dans certaines conditions physiologiques (grossesse), et SITZENFREY a donné des figures très démonstratives d'invaginations tapissées d'un épithélium cylindrique, qui se constitue insensiblement avec le revêtement d'endothélial aplati.

L'origine péritonéale est donc la plus vraisemblable, en admettant que cette prolifération ne peut avoir lieu qu'en présence de la *glande génitale femelle*, et sans doute sous son influence. L'endométriome est, en effet, une tumeur qui n'existe que dans le sexe féminin.

(1) L'influence des mouvements péristaltiques en antipéristaltiques de la trompe peut rendre compte aisément de ce processus. (DOUAY).

SYMPTOMATOLOGIE

La connaissance de l'endométriome étant relativement récente, il est difficile de se faire une idée exacte sur sa fréquence, plus encore sur sa fréquence relative à celle des adénomyomes d'autres sièges.

C'est ainsi que, suivant les statistiques, la localisation recto-vaginale serait de 2,8, de 6,9 ou de 42 % de l'ensemble des adénomyomes.

Dans le vagin, par contre, la presque totalité de ces tumeurs siège à la face postérieure. Ainsi, sur 197 cas publiés, il n'y a guère que six localisations antérieures vésico-vaginales.

L'endométriome est une tumeur spéciale à la femme, et n'apparaît guère que dans la période d'activité génitale entre 23 et 55 ans.

La grossesse ou la stérilité paraissent sans influence sur sa production.

S'il est difficile de faire le diagnostic d'un endométriome qui se développe librement dans la cavité abdominale sur l'ovaire, le péritoine ou les trompes, les endométriomes vaginaux sont d'un diagnostic plus aisé, et il

est possible de les reconnaître maintenant même avant la biopsie.

Nous examinerons successivement les symptômes fonctionnels et les symptômes objectifs.

I. — SYMPTÔMES FONCTIONNELS

Trois grands symptômes se rencontrent dans la plupart des observations : *douleurs, troubles menstruels, troubles rectaux.*

DOULEURS. — Le symptôme le premier en date est la dysménorrhée douloureuse, qui peut être précoce ou n'apparaître qu'assez longtemps après le début anatomique.

La douleur fait rarement défaut, elle se manifeste surtout pendant la période menstruelle. Si elle apparaît dans l'intervalle, elle se trouve exagérée au moment des règles. Elle peut atteindre une intensité considérable, devenir « atroce », obligeant la malade à garder le lit, et même à réclamer une intervention quelle qu'elle soit.

Les douleurs sont *abdominales, pelviennes, vaginales ou lombaires.*

Le siège des douleurs est le plus souvent abdominal : sensation de pesanteur dans le bas-ventre, la région hypogastrique ou les fosses iliaques. Il peut exister des paroxysmes, des crampes et des tiraillements.

Le début des douleurs a lieu généralement un à trois jours avant le début des règles, leur maximum correspond aux deux premiers jours de l'écoulement.

Les *douleurs pelviennes*, sacrées, rectales ou périnéales, sont plus caractéristiques. Elles sont exarcerbées par la marche, la fatigue, la position assise et surtout la défécation. Le passage du bol fécal peut provoquer des douleurs qui rappellent celles de la fissure anale. La rectalgie est influencée par la menstruation (*rectalgie menstruelle*, « *rectal pain* » des auteurs anglais). Inexistante ou très atténuée dans l'intervalle des règles, la rectalgie apparaît ou s'exacerbe vers le troisième jour et persiste plusieurs jours après la fin de l'écoulement.

Il existe parfois du ténésme vésical. VIOLET a désigné sous le nom de « syndrome hypogastrique », ces douleurs utérines associées à du ténésme rectal et vésical.

Douleurs vaginales. — Ce sont surtout des douleurs provoquées par pression ou par contact. De même que la tumeur est sensible au passage du bol fécal, de même les rapports sexuels deviennent douloureux. Cette douleur au coït ou *dyspareunie* peut être très violente, au point de rendre impossible toute relation sexuelle. Elle est parfois très précoce. Ce fut le symptôme initial dans une observation de HERLY. Elle est relativement fréquente, et quand elle existe c'est un élément important pour le diagnostic.

Le contact d'une canule pendant les injections vaginales peut aussi déterminer une vive douleur.

Douleurs lombaires. — Elles sont plutôt rares et sans grande importance séméiologique. Les tiraillements et les élancements lombaires sont des plus fréquents dans les affections gynécologiques. Elles peuvent, cependant,

comme dans un cas de CULLEN, révéler une distension pyélique par compression urétérale.

TROUBLES MENSTRUELS. — Les troubles menstruels, quoique moins fréquents que les douleurs, font cependant partie de l'ensemble symptomatique de l'endométriose.

Parfois l'écoulement ne subit aucune modification, ou devient seulement moins régulier. Mais le plus souvent on observe des hémorragies. Les règles augmentent d'abondance et peuvent durer jusqu'à 12 et 15 jours.

Les *métrorragies* apparaissent dans des cas plus avancés, et font généralement suite aux périodes menstruelles excessives. Dans l'observation de SPENCER, les hémorragies irrégulières apparurent plus de cinq ans après la ménopause.

Les pertes intermenstruelles sont, en général, peu abondantes. C'est un suintement tantôt intermittent, tantôt continu, de sang foncé, noir, plus ou moins altéré.

Signalons enfin que, quand la tumeur évolue vers le vagin, existent des suintements hémorragiques, qui viennent non de l'utérus, mais du vagin. Dans ces cas, la muqueuse vaginale présente soit des polypes adéno-myomateux, soit une ulcération. Ces vaginorragies peuvent aussi être provoquées par le contact : toucher vaginal au cours d'un examen gynécologique, coït, canule, passage du bol fécal ; elles peuvent alors en imposer pour un cancer.

Troubles rectaux. — A côté des douleurs signalées plus haut, on rencontre la constipation. Au début elle est

intermittente, n'apparaissant qu'à l'occasion des règles, puis elle s'installe même dans l'intervalle. Il y a néanmoins exacerbation les derniers jours des règles.

La constipation est parfois accompagnée de troubles digestifs : anorexie, nausées, indigestions, météorisme. Elle est naturellement en rapport avec le volume de la tuméfaction rectale ; l'obstacle mécanique se trouve encore renforcé par la congestion menstruelle et par des phénomènes spasmodiques.

Nous avons trouvé des *hémorragies rectales*, dans sept observations. Ces hémorragies se produisaient presque toujours au moment des règles, sans qu'il y ait ulcération de la muqueuse rectale. Il faut alors attribuer l'hémorragie à des processus hyperplasiques et congestifs de voisinage.

TRoubles de la miction. — Les troubles de la miction sont assez rares et peu pathognomoniques. Quelques malades présentaient de la dysurie ou de la pollakiurie, une malade avait de la rétention chronique d'urine (Obs. d'HEINEBERG).

II. — SIGNES PHYSIQUES

Les signes physiques ont une grande importance dans le diagnostic des endométrïomes recto-vaginaux.

Le toucher combiné au palper fait presque toujours constater une augmentation de volume de l'utérus. 42 observations mentionnent un utérus gros, régulier ou bosselé par des noyaux myomateux.

Les déviations sont fréquentes, en particulier la *rétroversion*, puis la *rétroflexion*.

La mobilité utérine est ordinairement diminuée, parfois douloureuse. La *rétroversion*, quand elle existe, est presque toujours irréductible.

Les annexes sont fréquemment augmentées de volume, parfois adhérentes à la tumeur. Depuis que SAMPSON a attiré l'attention sur la coexistence de kystes chocolat dans l'ovaire, on trouve assez souvent de l'empâtement correspondant à un de ces kystes hémorragiques de l'ovaire.

L'aspect de la tumeur elle-même, sa consistance, sa lobulation, et sa coloration donnent des renseignements de grande importance. Les symptômes se modifient avec le degré d'évolution de la tumeur. Aussi nous devons envisager la forme du début ou forme nodulaire, la forme diffuse ou pelvienne étendue, la forme kystique et la forme à noyaux disséminés.

1) *Forme nodulaire*. — Un nodule dur de la grosseur d'un haricot ou d'une noisette, siégeant dans le voisinage du col, attire assez rapidement l'attention, Le toucher y détermine une douleur exquise.

Mais si le nodule est un peu profond, on peut ne percevoir qu'un épaissement rétro-cervical, ou une induration mal limitée.

Le toucher rectal est indispensable pour un examen complet. Il permet d'explorer la face postérieure du nodule, d'en préciser les limites, et d'en rechercher la

mobilité ou plutôt les adhérences, si fréquentes et si rapidement constituées. Dans tous les cas, sauf un ou deux, où existaient des polypes saillants dans le rectum, la muqueuse rectale est d'une intégrité absolue et glisse librement à la surface de la tumeur.

Les nodules siégeant dans la paroi vaginale elle-même, sont d'un examen encore plus facile. Remarquons d'ailleurs qu'ils occupent de préférence la partie supérieure du septum recto-vaginal, rarement la partie moyenne et pour ainsi dire jamais la partie inférieure. La combinaison du toucher rectal au toucher vaginal est ici encore préférable. Le nodule adhérent en général à la muqueuse vaginale la modifie, elle devient ridée à son niveau et prend une teinte bleuâtre caractéristique.

Il y a souvent en plus de l'adhérence, une saillie notable d'un ou deux kystes bleuâtres « bluish cysts », de quelques mm. de diamètre. Autour d'eux la muqueuse paraît plissée ou froncée.

Un degré de plus, et la muqueuse vaginale présente des excroissances papillomateuses et même polypeuses, comme dans l'obs. I du D^r DOUAY, dans les cas de CULLEN (obs. 7 et 9), de LAUCHE, de HERLY, saignant facilement, et possédant la coloration caractéristique.

La sensibilité, l'augmentation de volume pendant la période menstruelle, caractères généraux des endométrïomes, se rencontrent naturellement dans les formes nodulaires. L'augmentation de volume peut aller du simple au double.

2) *Forme diffuse.* — Quand la tumeur s'est agrandie et a diffusé dans les tissus voisins, les signes physiques sont moins caractéristiques et peuvent faire penser à une affection chronique ou à une tumeur maligne.

Dans la masse générale on peut cependant reconnaître une masse principale, juxta-cervicale, irrégulière, lobulée, sensible, fixée. Sa taille varie du volume d'un œuf à celle d'une mandarine, rarement elle atteint la grosseur d'une orange. Sa consistance est généralement dure, souvent inégale. On sent parfois un ou deux lobules qui paraissent kystiques. Un kyste central prend la valeur d'un véritable hématomètre (MICHON et COMTE).

Le toucher rectal, quoique fort douloureux, est particulièrement précieux. Il permet de sentir l'envahissement des ligaments utéro-sacrés, d'apprécier les limites vagues de la tumeur, les cordons durs qui en partent. Le tissu environnant infiltré, empesé, donne l'impression d'une vieille cellulite.

Si la paroi rectale antérieure est dure, infiltrée, cartonnée, soudée à l'utérus, la muqueuse rectale conserve sa souplesse et sa mobilité.

Dans le cas d'hémorragies rectales, la *rectoscopie* montrera soit une muqueuse boursouflée ou bourgeonnante avec suintement, ou même recouverte de petits polypes (CULLEN).

L'adhérence au vagin est, pour ainsi dire, la règle. La muqueuse vaginale est rigide, épaissie, rugueuse. Elle prend plus tard un aspect ridé, froncé, puis se recouvre de varicosités bleuâtres. Assez souvent, et en particulier dans notre observation, on voit de petits kystes bleu-

noir donnant à la paroi vaginale un aspect clouté caractéristique.

Il peut enfin exister de véritables polypes, analogues aux polypes muqueux de l'utérus. Ces végétations, pointues, arrondies ou aplaties, sont molles, fragiles, friables et saignent au moindre contact. Elles sont colorées comme la muqueuse vaginale, ou légèrement violacées, bleu foncé ou bleu noir, quelquefois brunâtres.

Ces polypes mous reposent sur une base indurée, qui remonte derrière le col et y adhère. Leur volume est généralement réduit, arrivant à peine à combler le cul-de-sac postérieur. Dans une observation (SPENCER), une masse irrégulière, friable, emplissait presque le vagin ; dans une autre (SHAW), la masse des polypes représentait le volume d'une orange.

Les symptômes vaginaux, bien que d'importance capitale, ne donnent cependant pas de renseignements sur l'extension de la tumeur dans le conjonctif pelvien, les ligaments larges, utéro-sacrés, etc... Cette extension peut être très grande dans les cas extrêmes, et il est indispensable de la préciser pour décider de l'intervention. MICHEL et COMTE décrivent même une forme pelvienne qui n'est que l'aboutissant de la forme diffuse. C'est dans ces cas que s'observent les refoulements et les compressions d'organes, en particulier des uretères, les névralgies lombosacrées, et exceptionnellement l'occlusion intestinale.

La forme kystique, individualisée par DEROCQUE, n'a pas de symptomatologie spéciale. L'utérus est refoulé par la tumeur arrondie, et dans un cas (KRONIG), la fluctuation était nette.

Dans la forme à noyaux disséminés, il est rare qu'on puisse se rendre compte cliniquement des différentes localisations, la plus volumineuse retenant particulièrement l'attention.

EVOLUTION & DIAGNOSTIC

On est maintenant suffisamment renseigné pour tracer l'évolution de l'endométriome. Dans les divers cas, où l'on a pu en saisir le début, l'évolution a été particulièrement lente. Ainsi AMANN, au cours d'une fixation utérine, remarqua de petits nodules sur la séreuse de Douglas. Neuf ans après, la malade présentait une tumeur grosse comme une noix, douloureuse depuis peu de temps, mais adhérente aux organes voisins.

D'autres tumeurs furent suivies pendant 5 et 6 ans, sans que l'accroissement fût considérable.

Parfois la tumeur peut présenter une évolution plus rapide et prendre en un an et même en 6 mois une extension considérable (HEIM), conduisant à de graves interventions (résections d'intestin).

La grossesse a sur l'endométriome une influence néfaste. Elle accélère la croissance, et à tel point que l'avortement thérapeutique peut devenir nécessaire (HERLY).

Inversement, la ménopause doit exercer une influence favorable. L'absence d'adénomyome à partir de la cinquantaine est en faveur de cette hypothèse. L'hystérec-

tomie avec conservation d'un ou des deux ovaires ne modifie pas l'évolution de l'adénomyome, tandis que la castration peut être suivie de guérison (SCHICKLÉ).

Un certain nombre d'observations (MICHON et COMTE) mentionnent d'ailleurs soit la guérison spontanée d'adénomyomes non opérés, soit la disparition de fragments qui n'avaient pu être enlevés lors de l'intervention. Dans ces derniers cas, l'influence favorable de la castration peut être invoquée.

Les *complications* sont rares. L'état général est rarement atteint. Tout au plus, peut-il y avoir un léger degré d'anémie, dû aux hémorragies répétées. La persistance des douleurs peut aussi retentir sur la santé générale. On note assez souvent de l'amaigrissement (20 kilos chez une malade de MICHON et COMTE).

Nous avons déjà mentionné les phénomènes de compression. Quand aux phénomènes d'infection, ils sont exceptionnels et peu inquiétants. Il s'agit soit d'abcès, soit de petits kystes rompus, infectés secondairement et en communication par un diverticule trop étroit avec la cavité vaginale.

Dégénérescence maligne. — Comme dans les adénomes d'autres organes, la dégénérescence maligne peut survenir, mais, jusqu'ici, elle n'a été observée que deux fois par M. SCHWAB et J. WILSON.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic recto-vaginal d'endométriose posé autrefois, très rarement, l'est davantage aujourd'hui, maintenant que ces caractères ont été précisés. Les chirurgiens, qui ont eu l'occasion d'en observer

un cas, ou qui ont eu leur attention attirée sur ce sujet, en font plus aisément le diagnostic. Ainsi FUTH, après un premier cas, put diagnostiquer l'endométriome chez deux autres malades. SAMPSON posa un diagnostic ferme dans trois cas ; CULLEN, dans six ; Arch. DONALD dans onze, et dans l'observation inédite que nous rapportons, le diagnostic fut fait par le Docteur DOUAY, avant l'opération et sans le secours de la biopsie.

Quand la tumeur, encore au début, se présente sous la forme nodulaire, elle peut passer inaperçue, et ce sont surtout les affections inflammatoires qui sont confondues avec elles ; quand elle est perçue, on peut ne pas la rapporter à la cause véritable et l'attribuer à une lésion de la trompe ou des ovaires, ou plus souvent encore à un myome de l'utérus. Les diagnostics de métrite chronique, de fibrome, fibrome avec salpingite, fibrome avec kyste du corps jaune, annexite chronique ont été ainsi inexactement portés.

La forme diffuse de l'adénomyome peut être confondue avec une inflammation périnétritique, une vieille cellulite, une tuberculose annexielle. Pour faire la distinction, il faudra observer la courbe de température. L'adénomyome évolue sans fièvre, tandis qu'il y a des poussées fébriles lors des périodes menstruelles dans la périnétrite, et des ascensions irrégulières, indépendantes des troubles fonctionnels dans la tuberculose.

La confusion avec une tumeur maligne est également facile. L'endométriome recto-vaginal a pu être pris pour un cancer utérin propagé au rectum, pour un néoplasme rectal. Il est vraisemblable qu'un certain nombre de can-

cers du rectum, guéris par l'intervention, n'étaient que des adénomyomes. L'intégrité de la muqueuse intestinale, sa souplesse et sa mobilité sont des arguments presque décisifs en faveur de ce dernier diagnostic.

Les formes polypeuses, végétantes et friables de l'endométrôme, peuvent faire croire à un cancer du col, ou à une tumeur maligne du vagin (épithélioma ou sarcome). En cas de doute, la biopsie tranchera la difficulté,

PRONOSTIC & TRAITEMENT

L'adénomyome recto-vaginal, une fois diagnostiqué, son pronostic est favorable. Il s'agit d'une tumeur bénigne, qui ne donne pas de métastases lointaines, et qui, une fois enlevée, ne récidive pas.

Bien qu'elle ait été observée, il n'y a pas lieu de tabler sur une guérison spontanée. La ménopause ou la castration peuvent cependant faire régresser l'adénomyome.

L'expectative, en laissant des adhérences s'établir, peut rendre très difficile et très dangereuse une intervention facile et anodine auparavant.

Il faut traiter aussi rapidement que possible l'endométriose. Le traitement chirurgical a été le plus employé, mais dans quelques cas, pour des raisons diverses, on s'est adressé à la radiothérapie.

1° *Traitement chirurgical.* — La voie d'accès qui paraît la plus facile, est la voie vaginale. Elle a été suivie dans une vingtaine de cas avec quelques résultats favorables, mais il y a eu des récidives, et certaines malades durent subir ultérieurement, une nouvelle intervention abdominale,

La voie vaginale est incommode, parce que l'adhérence au rectum étant très précoce, le décollement rectal est malaisé, plus difficile que par la voie abdominale.

La voie vaginale ne peut être employée que dans les cas de nodules très petits et parfaitement limités.

La voie haute ou *voie abdominale* a été adoptée par la majorité des chirurgiens. MICHON et COMTE se bornèrent, dans un cas, à détruire, par le thermo-cautère, des masses recto-cervicales. Il y eut récurrence et une nouvelle opération fut nécessaire.

L'extirpation simple du nodule a donné quelques bons résultats, mais un certain nombre de malades eurent des récurrences.

En général, les chirurgiens enlèvent, avec la tumeur, l'utérus, les trompes, en laissant ou non un ovaire : 43 hystérectomies totales, 2 subtotaux, sans mortalité opératoire, et sans récurrence chez les malades qui ont été suivies. Le décollement de la masse adénomyomateuse avec le rectum avait pu être poursuivi sans trop de difficulté.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et pour réaliser l'extirpation complète, il semble parfois nécessaire de réséquer un fragment du rectum. Cette méthode, préconisée par CULLEN, ne paraît pas avantageuse, car elle aggrave beaucoup le pronostic (mortalité opératoire 18 %).

Le mieux est, suivant les indications de LOCKYER, d'enlever la plus grande partie de la tumeur, en respectant l'intestin. Les résultats immédiats sont meilleurs. Par la suite, certains auteurs eurent des récurrences, tandis

que d'autres eurent, par cette extirpation partielle, mais prudente, des guérisons définitives.

La guérison a pu même être obtenue par l'hystérectomie subtotale (MICHON et COMTE), dans trois cas, et par la simple castration (SCHICKELE), dans un cas.

Le rôle bienfaisant de l'ablation des ovaires montre l'importance de la sécrétion ovarienne dans le développement et la croissance de l'endométriome. Cette influence explique les mauvais résultats obtenus par l'hystérectomie avec conservation d'un ovaire.

La castration totale ne constitue pas cependant une thérapeutique suffisante (les adénomyomes vaginaux peuvent apparaître après subtotale) ; elle paraît être aujourd'hui le complément utile d'une exérèse aussi complète que possible ; aussi la préférence doit aller à l'hystérectomie totale.

2° TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES. — Il n'existe guère qu'un petit nombre de cas traités primitivement par la radiothérapie. WILLIAMSON et SCHICKELE obtinrent des résultats favorables, parfois cependant au prix de plusieurs applications. WESTMANN, FREUND, LOCKYER, ont eu des résultats minimes ou nuls.

La radiothérapie pré-opératoire ne peut que faire perdre du temps, car il faut penser à la coexistence d'un cancer utérin ou à la dégénérescence néoplasique de l'endométriome.

La radiothérapie post-opératoire, quand, après extirpation incomplète, s'est développée une récurrence, a donné

de bons résultats, dus en partie à la ménopause artificiellement provoquée.

Curiethérapie. — La curiethérapie a été davantage employée, et dans l'ensemble, avec des résultats plus satisfaisants. Sans doute, il a fallu trois applications espacées à HERLY, pour obtenir la disparition définitive de la tumeur de sa malade. Celle-ci put ultérieurement mener à terme une grossesse et fut revue en bon état trois ans plus tard. D'autres auteurs ont obtenu des diminutions plus rapides et définitives.

On possède donc dans la curiethérapie un auxiliaire précieux de la chirurgie ; elle interviendra quand, après une intervention incomplète, les nodules restants ne régresseront pas spontanément, ou si, exceptionnellement, il en apparaissait de nouveaux.

CONCLUSIONS

L'endométriome vaginal est aujourd'hui une affection bien connue, classée, et qui, quoique rare, n'est pas exceptionnelle. Deux cents observations ont été publiées. Sa structure est celle des endométriomes : cavités pseudoglandulaires, à épithélium cylindrique simple, souvent cilié, entouré d'un tissu dit « cytogène », riche en cellules, comme la muqueuse utérine.

Autour de ces éléments constants, se trouvent en proportion variable des éléments musculaires lisses, d'où le terme d'adénomyome souvent employé.

Les tumeurs participent au cycle menstruel et subissent la transformation déciduale.

L'origine de ces tumeurs peut être cherchée dans les canaux de Müller ; mais la théorie péritonéale est la plus générale et la plus satisfaisante.

Cliniquement, l'endométriome se présente soit sous la forme nodulaire, soit sous la forme diffuse. Les cavités donnent fréquemment naissance à de petits kystes à contenu bleuâtre, dont la présence est pathognomonique.

Les kystes deviennent rarement volumineux : forme kystique.

Les symptômes principaux sont : les douleurs, les hémorragies et la rectalgie.

L'endométriome recto-vaginal est une tumeur bénigne, à évolution relativement lente. Par la menace qu'elle fait courir, il est cependant nécessaire de l'enlever rapidement, et le traitement de choix est l'*hystérectomie totale*. La curiethérapie, dans des cas précis, peut aussi donner des résultats favorables.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

J.-L. FAURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE (1)

1925. — ARTRESI (C.). — Über die kausale Genese der adenomyomatösen Wucherungen des weiblichen genitalapparates. *Arch. f. Gynäk.* 123, fasc. 1.

1927. — BIEBL. — Zur adenomyosis (Endometryosis) des Darmes. *Virchow's Arch.* 264, 71.

1922. — BLAIR BELL. — Endometrioma and endometryomyoma of the ovary. *J. of Obst. a Gyn. of the B. Emp.* N° 29.

1927. — BOHNEN. — Wie weit wird das Endometrium bei der Menstruation abgestossen ? *Arch. für Gynäk.* 129, 459.

1927. — BONNEY. — A case in which endometrial tissue was accidently implanted. *Journ. of Obst. a. Gyn. of Brit. Emp.* 33, 58.

1908. — CULLEN. — Adénomyomes de l'utérus. Philadelphie.

(1) Nous ne mentionnons que les travaux récents et les publications les plus importantes, renvoyant pour les autres à l'excellent travail de DEROCQUE (1926).

Pour les travaux parus jusqu'en 1923 on peut consulter aussi le mémoire de LAUCHE.

1926. — DEROCQUE A. — Endometriomes vaginaux et para-vaginaux. *Thèse Paris*.

1926. — DONALD (Arch.). — Une statistique sur les symptômes cliniques des adénomyomes extra-utérins. *J. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp.*, 32.

1927. — HAMMER et VAN DONGEN. — L'endométriose tubaire à propos d'une observation combinée à une grossesse isthmique. *Gynéc. et Obstetr.* 15. 414.

1927. — HEIM. — Weitere Ergebnisse bei Auspflanzungsversuchen von Placenta und Decidua. *Zentr. f. Gynäk.* 51, 653.

1926. — JACOBSON. — The intraperitoneal Transplantation of endometrial Tissue. *Archivs of Path., and Labor.* 1, 169.

1926. — JAYLE F. — Le solénome du ventre de la femme. *Rev. franc. de Gynéc. et d'Obst.* Mai-juin, n^{os} 5 et 6.

1925. — DE JONG et DE SNOO. — Über die Endometriosen des weiblichen Genitalapparates. *Virchow's Arch.*, 257, 23.

1926. — J. DE JONG. — Zur Frage der Endometriosis. *Virchow's Arch.* 262, 735.

1925. — LAHM. — Schleimhautdurchwanderung durch die Tube. *Zentralblatt f. Pathol. Anat.* 36, 49.

1923. — LAUCHE. — Die extragenitalen heterotopen Epithelwucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut. *Virch. Arch.*, 243, 298.

1925. — MEYER et IKUCHACHI. — Beiträge zur Lehre von der Adenomyosis und Adenofibrosis des weiblichen Geschlechtsorgane. *Verdhandl. d. deut. path. Gesell.*

1926. — MICHON L. et COMTE H. — Les adénomyomes de l'espace recto-vaginal. *Journ. de Chirurgie.* 27, 385.

1926. — MICHON et COMTE. — Les théories pathogéniques de l'adénomyomatose. *Gynéc. et Obst.* 14, 298.

1927. — MICHON. — Production expérimentale de l'adénomyome par autotransplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine. *Lyon Chirurgical.* 24, 313.

1924. — OBERLING. — Les endométrïomes. *Ann. d'Anat. path.*, 1, 489.

1927. — OBERLING. — Sur les endométrïomes périto-neaux. *Bull. de l'Ass. fr. pour l'ét. du Cancer.* Novembre.

1926. — POLSTER. — *Virchow's Archiv.* 259, 96.

1927. — ROSENZWEIG. — Syncitial endometritis and syncitium. *Am. J. Obst. a. gynéc.* 13, 563.

1925. — SAMPSON. — *Americ. J. of Obst. a. Gyn.* Novembre.

1923. — SCHICKELÉ. — Les endométrïomes du péritoine pelvien, de l'ovaire et du tissu para-vaginal. *Bull. et Mém. de la Soc. Anot.*, 20, 601.

1909. — SITZENFREY. — *Zeitschrift für Geburts. und gyn.*

1927. — SHAW. — Distribution and significance of ectopic decidual cells, *J. Obst. a gyn. Brit. Emp.* 34; 28.

1926. — WAEGELI, Ch. — Les hétérotopies de la muqueuse utérine. *Gyn. et Obst.*, 14, 159.

62C